



ANTONIO JOSÉ DE SUCRE Y ALCALÁ

Gran Mariscal de Ayacucho

(3 de febrero de 1795)

Óleo: Nanet Zamora

Salón de Conferencias

Instituto Médico “Sucre”

(Donación Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca - 3 de febrero de 1995.
Al Instituto Médico Sucre, en su centenario de trabajo científico y protección social.
Enrique Azurduy V., RECTOR; Jorge Carrasco F., VICE-RECTOR)

INSTITUTO MÉDICO “SUCRE”

**SOCIEDAD FUNDADA EL 3 DE FEBRERO DE 1895
CONMEMORANDO EL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL
MARISCAL DE AYACUCHO DON ANTONIO JOSÉ DE SUCRE**



CONDECORACIONES AL INSTITUTO MÉDICO “SUCRE”

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE BOLIVIA
“CONDOR DE LOS ANDES” GRADO DE COMENDADOR MEDALLA DE ORO
HONORABLE SENADO NACIONAL
“BANDERA DE ORO” MEDALLA DE ORO
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO
GRAN MAESTRE DE LA ORDEN “SIMÓN BOLIVAR” GRAN CRUZ MEDALLA DE ORO
PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA
ORDEN CIVIL DE LOS LIBERTADORES “GRAN CRUZ” MEDALLA DE ORO
HONORABLE ALCALDÍA MUNICIPAL DE SUCRE
“JUANA AZURDUY DE PADILLA” MEDALLA DE ORO
FUNDACIÓN “MANUEL VICENTE BALLIVÍAN”
MEDALLA DE ORO Y DIPLOMA DE HONOR
UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
PLACA DE RECONOCIMIENTO
COLEGIO MÉDICO DE BOLIVIA
PLACA DE RECONOCIMIENTO
COLEGIO MÉDICO DEPARTAMENTAL DE CHUQUISACA
PLACA DE RECONOCIMIENTO
SOCIEDAD BOLIVIANA DE CIRUGÍA CAPITULO SUCRE
PLACA DE RECONOCIMIENTO



Fundada en el mes de marzo de 1905

Decana de las Revistas Médicas de Bolivia

Volumen LXXXIII julio - diciembre 2015 N° 146

Rev. Inst. Méd. "Sucre"

SUCRE

CAPITAL CONSTITUCIONAL DE BOLIVIA

FUNDADOR

Dr. Manuel Cuéllar Fernández

EDITOR

Dr. Pedro Ledezma Miranda

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Felipe Costales Fernández

Dr. José Luis Perez Chacón Heredia

Dra. Raquel Moreno Lora

Dr. Juan Pablo Hayes Dorado

Dr. Maria Eugenia Lopez Paravicini

INSTITUTO MÉDICO "SUCRE"

PRESIDENTE

Dr. Gonzalo Villafani Gomez

VICE PRESIDENTE

Dra. María Eugenia López Paravicini

SECRETARIO GENERAL

Dr. Pedro Ledezma Miranda

TESORERO

Dr. Jose Luis Perez Chacón Heredia

PRIMER VOCAL

Dr. Zacarias Crespo Villegas

SEGUNDO VOCAL

Dra. Freddy Echevarria Cueto

TERCER VOCAL

Dr. Carlos Pacheco Tapia

ASESOR JURÍDICO

Abog. MSc. J. Martín Echevarría C.

SECRETARIA

Stria. Ma. del Pilar Quezada D.

SUMARIO

Página

EDITORIAL

La impresión en 4D en la medicina

Dr. Pedro Ledezma Miranda 7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hallazgos radiológicos en pacientes con influenza AH1N1.

Serie de casos

Dr. Melvy Apaza Otazo 9

DATOS CLÍNICOS

Cuerpo extraño en vía aérea. A propósito de un caso

Dr. Melvy Apaza O.

Dr. Gregorio Valda A.

Dr. Herbert Hamel

Dr. Sandro Gareca V. 16

Hepatotoxicidad por ajenojo

Dr. Yanetlijeron C.

Dr. Niki Bedregal

Dr. Litzi Gomez A. 21

JEFES DE DEPARTAMENTO

Revista

Dr. Pedro Ledezma Miranda

Biblioteca

Dr. Carlos Pacheco Tapia

Dr. Mario Padilla Echalar

Museos

Anatomía Normal y Patología

Dr. Gregorio Valda Ameller

Dr. Marcelo Sandi Vargas

Historia Natural y Antropología

Dr. Rolando Acha Gutierrez

Dr. José Luis Chavarria Ruiz

Mineralogía y Paleontología

Dra. Rosario Sanchez Sea

Dra. Scarley Martínez Perez

Educación Médica Continuada

Dra. María Eugenia López Paravicini

Dr. Ramiro Villafani Gómez

Dr. Wálter Medina Delgadillo

Dr. Javier Arduz Arduz

Dra. Faviola Ramallo Jadue

Control y Vigilancia del Patrimonio del Instituto Médico “Sucre”

Miembros del Consejo

Administrativo

SOCIOS FUNDADORES

Dr. Valentín Abecia Aillón

Dr. Manuel Cuéllar Fernández

Dr. Gerardo Vaca Guzmán Moyano

Dr. José Cupertino Arteaga

Dr. Ángel Ponce

SOCIOS EMERITOS

Dr. Juan Hayes Villarroel

Dr. Alberto Aguirre Sandoval

Dr. Alberto Kawano Nakamura

Dr. Carlos Torricos Teran

Dra. Dora Martinic Morales

Dr. Mario Padilla Echalar

Traumatismo craneoencefalico en niño mayor repetido
“por descuido” en 2 ocasiones en un lapso de 6 meses.

Dra. Sonia Bustillo Alarcón

Dra. Mery Claret Ramirez Muñoz 30

Tumor phyllodes y embarazo: reporte de un caso

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Dra. Carla Tatiana Mina Villarroel 34

Miocardiopatía periparto

Presentacion de un caso clinico

Dr: Boris Arancibia Andrade

Dr: Marcelo Puente Ortiz

Dr: Elías Espada Flores

Dr: Hugo Carvajal Oviedo

Dra: Katerine Yañez Sasamoto 39

Fibroqueratoma digital adquirido en escolar

Presentacion de un caso

Roberto Leonardo Pilco Luque

María Luz Agostinelli 45

HISTORIA DE LA MEDICINA

Planificacion Familiar - Historia - Estado actual

Dr. Carlos E. Pacheco Tapia 48

MISCELANEA

Imágenes inusuales

Defectos de la pared abdominal

Dr. Amadeo Condori Aguilar

Dr. Marco Antonio Condori Amurrio 56

PERSONAJES DEL PASADO

Tras las huellas de Germán Orozco Padilla

Primer patólogo Boliviano y Chuquisaqueño

Dr. Mario G. Padilla E. 58

IN MEMORIAN

Homenaje postumo al Dr. Jorge Alberto Serrano Mercado

Buenos Aires 1936 – Cochabamba 2015

Dr. Pedro Ledezma Miranda 67

SOCIOS ACTIVOS

(Orden cronológico
de incorporación)

1. Dra. Gladys C. de Valda (Ausente)
2. Dr. Roberto Muñoz V.G.
3. Dra. Emma E. de Kawano
4. Dr. Freddy Echevarría C.
5. Dr. Zacarías Crespo V.
6. Dr. Enrique Azurduy V.
7. Dr. Edgar Hochstätter H.
8. Dr. Jorge Carrasco F.
9. Dr. Ramiro Villafani G.
10. Dr. Gonzalo Virreira P.
11. Dr. Gonzalo Villafani G.
12. Dr. Wálter Arteaga C. (Ausente)
13. Dr. Felipe Costales F.
14. Dr. David Gardeazabal V.
15. Dra. Ma. Eugenia López P.
16. Dr. Freddy Magariños I.
17. Dr. Jose Luis Pérez Chacón H.
18. Dr. Pedro Ledezma M.
19. Dra. Raquel Moreno L.
20. Dr. Carlos Sauma Z.
21. Dr. Mario A. Rivera D. (Ausente)
22. Dr. Carlos Pacheco T.
23. Dr. Jorge Serrano M. (†)
24. Dr. Juan Pablo Hayes D. (Ausente)
25. Dr. Rolando Acha G.
26. Dr. Javier Arduz A.
27. Dr. José Luis Chavarría R.
28. Dr. Gregorio Valda A.
29. Dra. Scarley Martinez P.
30. Dra. Fabiola Ramallo J.
31. Dra. Rosario Sánchez S.
32. Dr. Marcelo Sandi V.

SOCIOS CORRESPONDIENTES

Dr. Rolando Costa Arduz (La Paz)
Dr. Ezequiel Frago (México)
Dr. Jaime Gómez González (USA)
Dr. Wálter Medina Delgadillo (La Paz)

CENTENARIOS

<i>Gerardo Vaca Guzmán Moyano</i>	68
<i>Marcelino T. Martínez</i>	69
<i>Demetrio Gutierrez</i>	70
<i>Fidel Maria Torricos</i>	71
<i>Fidel Torricos Cors</i>	72
<i>Luis Sauma Karam</i>	73
<i>Romelio Subieta Rosemblut</i>	74

CRÓNICAS	75
-----------------------	----

INFORMACIÓN A LOS AUTORES	79
--	----

La Revista del Instituto Médico “Sucre” se halla indexada en el proyecto “Scielo” de B.I.R.E.M.E. Biblioteca Virtual en Salud Pública y Temática, a partir del lanzamiento oficial en el mes de agosto del 2005

<http://saludpublica.bvsp.org.bo/>

Indexada en el “índice de Revistas Biomédicas
Latinoamericanas”

(imbiomed) (www.imbiomed.com.mx)

Registrada en “indexmedico” (www.indexmedico.com)

También se halla afiliada a la Asociación Latinoamericana de Revistas.

La Revista del Instituto Médico “Sucre” acepta la publicación de trabajos originales e inéditos de cualquier especialidad médica, odontológica o bioquímica farmacéutica.

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los artículos sin previa autorización escrita.

El Editor y el Comité Editorial no se hacen responsables de las opiniones vertidas por el (los) autor (es).

Dirigirse a:

“Revista del Instituto Médico Sucre”

Apartado Postal N° 82 Fax - Telf: (591) - 4-6442909

E. mail: inmedsuc@yahoo.com

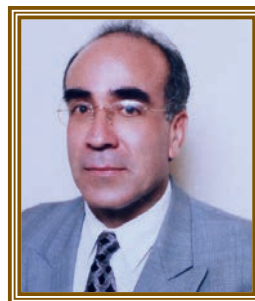
Sucre - Bolivia

MESA DIRECTIVA DEL INSTITUTO MÉDICO SUCRE GESTION FEBRERO 2015 - 2017



*De izq. a der.: Dr. Jose Luis Perez Chacón H. Tesorero • Dr. Carlos Pacheco T. Tercer Vocal
• Dra. María Eugenia Lopez P. Vicepresidenta • Dr. Gonzalo Villafani G. Presidente
• Dr. Pedro Ledezma M. Secretario • Dr. Freddy Echevarria C. Segundo Vocal
• Dr. Zacarías Crespo V. Primer Vocal*

COMITÉ EDITORIAL GESTIÓN FEBRERO 2015 - 2017



*Arriba de izq. a der.: Dr. Pedro Ledezma Miranda • Dra. María Eugenia Lopez Paravicini
• Dra. Raquel Moreno Lora • Abajo de izq. a der.: Dr. José Luis Pérez Chacón Heredia
• Dr. Felipe Costales Fernández • Dr. Juan Pablo Hayes Dorado*

Editorial

Dr. Pedro Ledezma Miranda
EDITOR

LA IMPRESIÓN EN 4D EN LA MEDICINA

Las fronteras ilimitadas de la tecnológica sigue y suma en la aplicación de la medicina, luego de obtener imagen en 3D (tres dimensiones), la cuarta dimensión es el tiempo, en que tarda una impresión en 3D de una imagen, en cambiar de forma, consistencia o características, que permita su fabricación de dispositivos médicos que se necesita, para reemplazo de una parte del órgano afectado.

El Dr. Cleen Creen profesor asociado de otorrinolaringología pediátrica del Hospital CS de Mott de Niños, al aplicar una férula traqueal diseñada y en base a la imagen tomografía de sus pequeños pacientes fabricada en 4D de material de poliéster y suturada a los bronquios, para servir como soporte y evitar que sus conductos respiratorios colapsen, el dispositivo se mantendrá hasta que maduren, se fortalezcan y puedan funcionar sus bronquios sin ayuda, tiempo en el cual el poliéster llamado policaprolactona se va degradando, el organismo lo observe y acaba expulsándolo.

Este tratamiento fue efectuado en tres niños con traqueobroncomalacia, que se beneficiaron de esta tecnología, la misma que se pudo evidenciarse y que además se puede prevenir las complicaciones del tratamiento convencional de dolencias como una traqueotomía, hospitalización prologada, ventilación mecánica, paros cardiacos y respiratorios.

Si esta tecnología se pone a disposición de los médicos con mayor facilidad, seguro estamos que la aplicación de imagen en 4 D será de gran importancia para el tratamiento de esta y otras patologías que requieran.

Artículos Originales

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN PACIENTES CON INFLUENZA AH1N1. SERIE DE CASOS

Dra. Melvy Apaza Otazo

Neumóloga Hospital Santa Bárbara

Palabras Clave: Radiografías. Neumonía viral. Patrón radiológico

Key Words: X-rays. Viral pneumonia. Radiological pattern

RESUMEN

La influenza AH1N1 responsable en últimos años de brotes epidémicos de neumonía viral, caracterizándose por evolución adversa, al igual que otras enfermedades respiratorias requiere de estudios complementarios como las pruebas de imagen, necesarias para presunción diagnóstica, evaluación de severidad y evolución de la enfermedad, por tanto el objetivo principal fue describir los hallazgos radiológicos frecuentes encontrados en pacientes con infección por influenza AH1N1 durante el periodo de 2009 a 2012.

Material y métodos: Se realizó la revisión de historia clínica y estudios radiológicos de 20 pacientes con influenza AH1N1 ingresados en el Instituto Nacional de Tórax 2009-2012. Los hallazgos en la radiografía de tórax y tomografía de tórax fueron clasificados por

el patrón radiológico y la distribución de las lesiones.

Resultados: Los datos encontrados fueron los siguientes: el 45% de los pacientes fueron mujeres el 55% varones, dentro de los hallazgos radiológicos en el 55% de los casos se identificó patrón mixto de consolidación y vidrio esmerilado en 30% patrón de vidrio esmerilado, 10% consolidación y 5% patrón reticular, en cuanto a la distribución de lesiones el 80% presentó afección bilateral y un 20% afección unilateral pulmón derecho. Se identificó un solo caso con evidencia de derrame pleural

Conclusiones: En el presente estudio se identificó como patrón frecuente la asociación de vidrio esmerilado a condensación con afección bilateral presente en todos los casos de pacientes que requirieron ingreso a terapia intensiva, destaca la evolución rápidamente progresiva de las lesiones y

su lenta resolución y el pronóstico de los pacientes con lesiones extensas. Los estudios de imagen demostraron ser necesarios para evaluación inicial, y seguimiento de los pacientes, así mismo el patrón característico fue de consolidación y vidrio esmerilado.

SUMMARY

H1N1 influenza responsible for outbreaks last years of viral pneumonia, characterized by adverse developments, as well as other respiratory diseases requires further studies and imaging tests necessary for presumption diagnosis, assessment of severity and course of the disease, Therefore the main objective was to describe the frequent radiological findings in patients infected with H1N1 influenza during the period 2009-2012.

Methods: reviewing medical records and radiologic studies of 20 patients with H1N1 influenza admitted to the National Institute

of Chest 2009 to 2012 was conducted. Findings on chest radiography and chest CT were classified by the radiological pattern and distribution of lesions.

Results: The data found were: 45% of patients were women 55% men, within the radiological findings in 55% of cases joint consolidation pattern and frosted glass was identified in 30% frosted glass pattern, 10% and 5% consolidation lattice pattern in the distribution of lesions 80% showed bilateral involvement, and 20% unilateral right lung condition. One case was identified with evidence of pleural effusion

Conclusions: The present study was identified as frequent association pattern frosted glass with condensation present bilateral condition in all cases of patients who required admission to intensive care, it highlights the rapidly progressive evolution of the lesions and their slow resolution and prognosis of patients with extensive lesions. Imaging studies proved necessary for initial assessment and monitoring of patients, so it was the characteristic pattern of consolidation and ground glass.

INTRODUCCIÓN

La radiografía de tórax es una de las pruebas diagnósticas más importantes en el diagnóstico de las enfermedades respiratorias ya que se trata de una prueba fácil, accesible, permite evaluación rápida y eficaz así como definir una conducta en el de caso enfermedades respiratorias. Junto a las manifestaciones clínicas constituyen las bases sobre las que se sustenta el diagnóstico de estas afecciones. En el caso de las infecciones virales, debido a afección de vía respiratoria superior no se realizaba de manera rutinaria una radiografía, la cual en la mayor parte de los casos resultaba normal, sin embargo en los casos de influenza, A (H1N1), en particular, con afección de parénquima pulmonar se

identificaron lesiones radiológicas diversas, difícil de diferenciar de otras enfermedades respiratorias. Encontrando como característica la rápida evolución de las lesiones, con curso adverso sin tratamiento en los enfermos afectados.

MATERIALES Y METODOS

Realizamos un estudio retrospectivo observacional, analítico y descriptivo.

Analizamos las historias clínicas y radiografías PA de tórax, disponibles al ingreso institucional, así mismo radiografías de control y tomografías de tórax en el caso que se cuenten con la misma de 20 pacientes internados en el Instituto Nacional de Tórax desde el año 2009 al año 2012 con diagnóstico confirmado por reacción en cadena de la polimerasa de infección respiratoria por el virus Influenza A H1N1.

Se realizó la descripción de acuerdo a parámetros radiológicos descritos en estudios realizados previamente ya publicados, de los patrones radiológicos identificados se procedió a clasificarlos de acuerdo a los siguientes parámetros radiológicos:

a) **L e s i o n e s** parenquimatosas:

Vidrio esmerilado: Áreas opacas de bordes irregulares sin desaparición de los vasos y la vía aérea

Consolidación: Área de opacidad con desaparición de los vasos y la vía aérea, sin pérdida de volumen, con presencia de broncograma aéreo.

Opacidades nodulares-reticulares: Área de opacidades redondeadas y focales, áreas de opacidad lineales formando un patrón en red.

Atelectasia: Área de opacidad con desaparición de los vasos y vía aérea sin broncograma aéreo con pérdida de volumen.

b. Distribución anatómica de la patología parenquimatosa y de la vía aérea: se solicitó especificar lateralidad de las lesiones, lóbulo pulmonar y presencia de lesiones focales o multifocales.

c. Afectación pleural: Presencia de derrame pleural.

d. Presencia de neumotórax o neumomediastino.

RESULTADOS

Participantes.

Durante los periodos de tiempo en que se tomo en cuenta el presente estudio años 2009 a 2012 se tuvieron veinte pacientes con diagnóstico confirmado de infección por Influenza A H1N1 los mismos contaron con radiografías de tórax al ingreso y en algunos casos tenían tomografías de tórax, de los cuales nueve fueron pacientes mujeres que equivale al 45% y once pacientes varones que equivale al 55%, con un promedio de edad de 39.3 años

para hombres y de 47.5 años para mujeres, respectivamente. Con una máxima edad de 83 años y una edad mínima de 16 años.

Días de evolución

Del total de pacientes se tomo en cuenta los días de evolución del cuadro respiratorio desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso a nuestra institución, con un máximo de ocho días de evolución previo al ingreso, y un mínimo de horas de evolución previo al ingreso, con un promedio de 4 días de evolución, en este caso se tomo en cuenta un factor importante el tiempo de evolución clínicamente ya que radiológicamente las lesiones pueden cambiar, mostrar variaciones de acuerdo a la evolución y como se mostro en varios estudios previos, la rápida evolución en horas de las lesiones radiológicas.

Factores de riesgo

Del total de pacientes estudiados se buscaron antecedentes y se consideraron algunos factores que se consideraron de riesgo para la evolución del cuadro posterior, de esta manera se identificaron los siguientes grupos de riesgo de acuerdo a la edad mayor a sesenta años, **habito tabáquico, embarazo, obesidad**. Del total de pacientes se considero a los pacientes correspondientes a este grupo teniendo los siguientes resultados: dos pacientes fueron mayores de sesenta años, un paciente con habito tabáquico importante, una paciente

embarazada, dos pacientes con obesidad.

Dias de internación:

Se cuantifico la cantidad de días que los pacientes permanecieron internados en nuestra institución de los cuales se vio un mínimo de dos **días de internación** y un máximo de dieciséis días, con un promedio de 8,3 días de internación.

Necesidad de ingreso a UTI.

Del total de los pacientes ingresados seis pacientes requirieron manejo en unidad de terapia intensiva que equivale al 30% del total, siendo la causa de ingreso distres respiratorio del adulto, de los cuales cuatro fueron varones y dos pacientes de sexo femenino.

Hallazgos radiológicos

De los hallazgos radiológicos, se procedió a la clasificación de los pacientes de acuerdo a los hallazgos que se hicieron al ingreso de acuerdo, a los datos previamente mencionados, se identifico que un paciente podía tener más de un hallazgo radiológico en su radiografía de ingreso, siendo los datos encontrados los siguientes: once pacientes presentaron asociación de vidrio esmerilado mas consolidación (55%), en seis de los pacientes se identifico vidrio esmerilado (30%), dos pacientes con imagen de condensación (10%), un paciente con patrón reticular fino (5%) Tabla 1. Con

respecto a la distribución de las lesiones fue más frecuente la afección bilateral en dieciséis casos (80%), cuatro casos presentaron afección unilateral pulmón derecho (20%), no hubo lesiones unilaterales en pulmón izquierdo registradas.

	<20 años	21-59 años	>60 años	total	
Consolidación + vidrio esmerilado	2	8	1	11	55%
Vidrio esmerilado	2	4	0	6	30%
Consolidación	0	2	0	2	10%
Reticulo nodular	0	0	1	1	5%
Atelectasia	0	0	0	0	0%
Total	4	14	2	20	100%

Tabla 1. Hallazgos radiológicos.

Se identificó un solo caso derrame pleural bilateral predominio izquierdo (ver Fig. 1C), en ningún caso se observó neumotórax o neumomediastino.

DISCUSION

Posterior a la obtención de datos, y el análisis de los mismos destacan ciertos datos extraídos en el presente estudio: Se identifico que la mayor cantidad de pacientes fueron varones en relación a mujeres, quienes así mismo presentaron una evolución clínica adversa, con requerimiento de ingreso a UTI y necesidad de ARM.

Se identifico que la mayor cantidad de pacientes se presentaron con afección bilateral y patrón mixto de consolidación y vidrio esmerilado con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, patrón de mayor relevancia y característico en el presente estudio, así mismo su predominio

en pacientes menores de 60 años quienes requirieron en 6 de los casos ingreso a cuidados intensivos

En cuanto a la distribución de las lesiones se identificó en dieciséis casos afección bilateral, identificada en todos los casos de pacientes que requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos. En nuestra serie, en 9 pacientes en los que se realizó una radiografía de control se observó un empeoramiento de la condensación en las primeras semanas y en 11 pacientes hubo regresión de las lesiones. El derrame pleural es un hallazgo poco frecuente, identificado en un solo caso.

CONCLUSIONES

El presente estudio toma en cuenta a todos los pacientes

con diagnóstico establecido de influenza AH1N1. Existen estudios previos han descrito previamente las alteraciones en la radiografía de tórax en pacientes con infección por la nueva variante del virus de la gripe A (H1N1). El patrón radiológico predominante en nuestro grupo fue el de vidrio esmerilado y consolidación pulmonar. Así mismo destaca la presencia en varios estudio incluyendo en el nuestro, la presencia predominante de vidrio esmerilado como patrón frecuente el cual es mejor evidenciado en tomografía de tórax de los pacientes que cuentan con la misma al ingreso, no presente en el resto de pacientes, en este sentido, varios de estos estudios han puesto de manifiesto la superioridad de la tomografía de tórax respecto a la radiografía

en las fases iniciales de la enfermedad.

En conclusión, solo una pequeña proporción de pacientes con infección por virus influenza A (H1N1) van a presentar radiografía de tórax normal, encontrando en el 95% de los casos alteraciones en la radiografía de tórax, siendo los varones, menores a 60 años, patología pulmonar, con radiografía de tórax con vidrio esmerilado mas condensación quienes tiene un peor pronóstico. Así mismo una evolución clínica desfavorable. Parece existir una relación entre los hallazgos radiológicos y el pronóstico, de tal forma que aquellos pacientes con una afectación difusa y mayor número de campos afectados son los que presentan peor evolución.

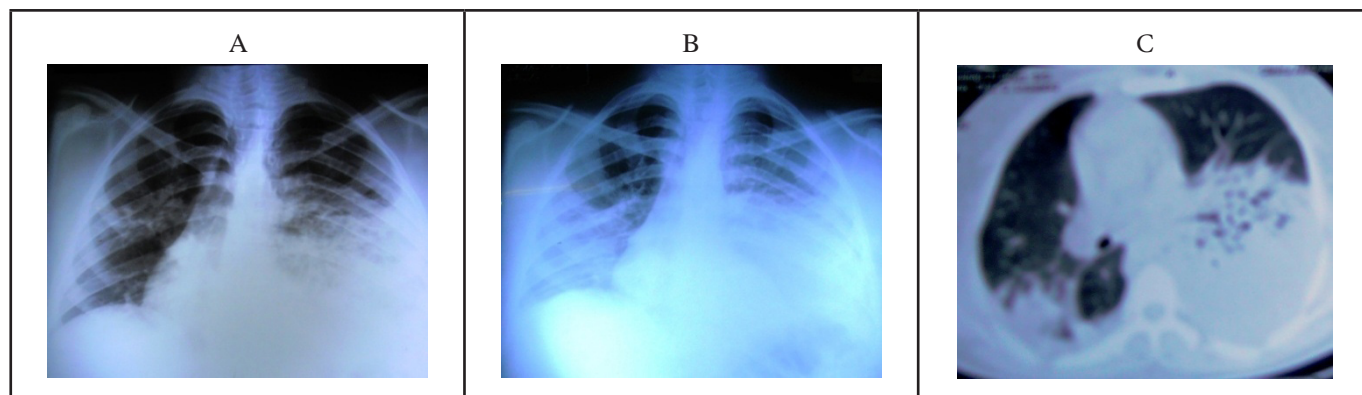


Fig. 1. Paciente de 19 años de edad ingreso febril con datos de dificultad respiratoria cuadro respiratorio de 2 días de evolución. A) radiografía de ingreso mostro área de consolidación en región para cardiaca izquierda. B) Evolución en 24 horas, muestra afección bilateral, se agrega opacidad en vidrio esmerilado. C) Tomografía de tórax del mismo paciente muestra las lesiones consolidación y afección bilateral

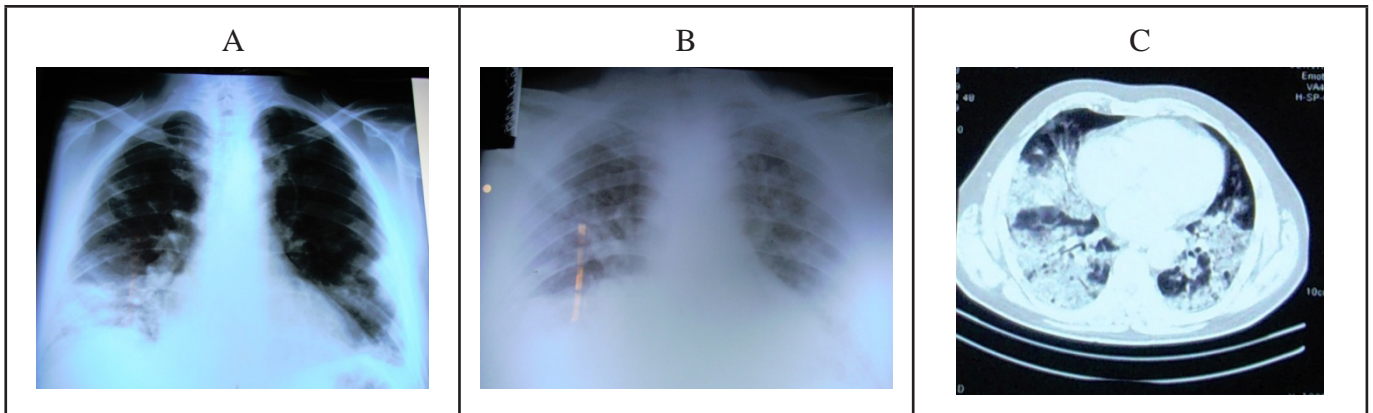


Fig. 2. Paciente de 30 años de edad sin comorbilidades ingresa en mal estado general y gran dificultad respiratoria, requiere el ingreso a UTI donde permanece por el lapso de 7 días, A) Radiografía de tórax de ingreso con presencia de asociación de vidrio esmerilado y consolidación. B) 24 horas de ingreso C) Tomografía de tórax nótese la presencia de áreas de vidrio esmerilado y condensación

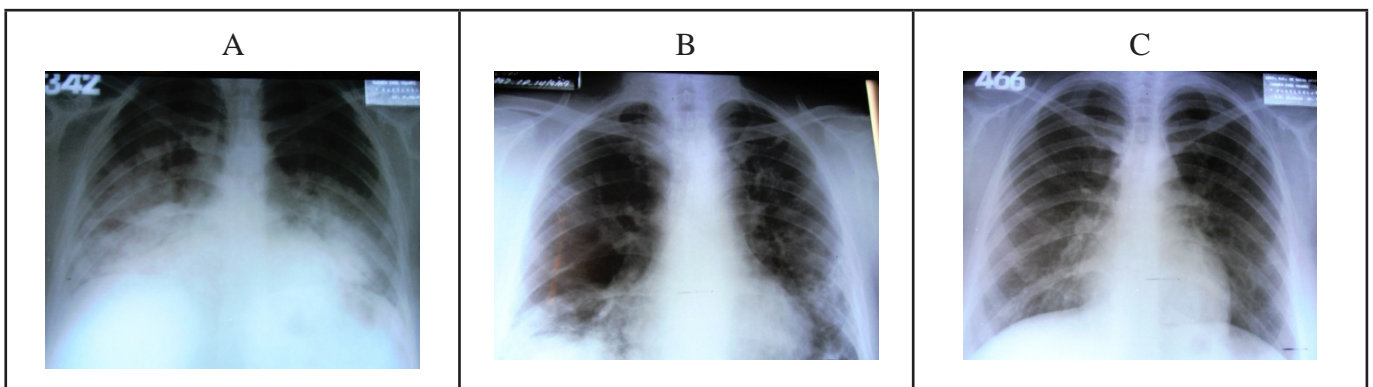


Fig. 3. Paciente de 25 años de edad sin comorbilidades acude por dificultad respiratoria y fiebre, presenta al ingreso, A) patrón de consolidación y vidrio esmerilado. B) 7 días de evolución, remisión parcial con persistencia de imagen en vidrio esmerilado en regiones paracardiacas. C) Se evidencia a los 20 días control radiológico con desaparición de las lesiones encontradas al ingreso.

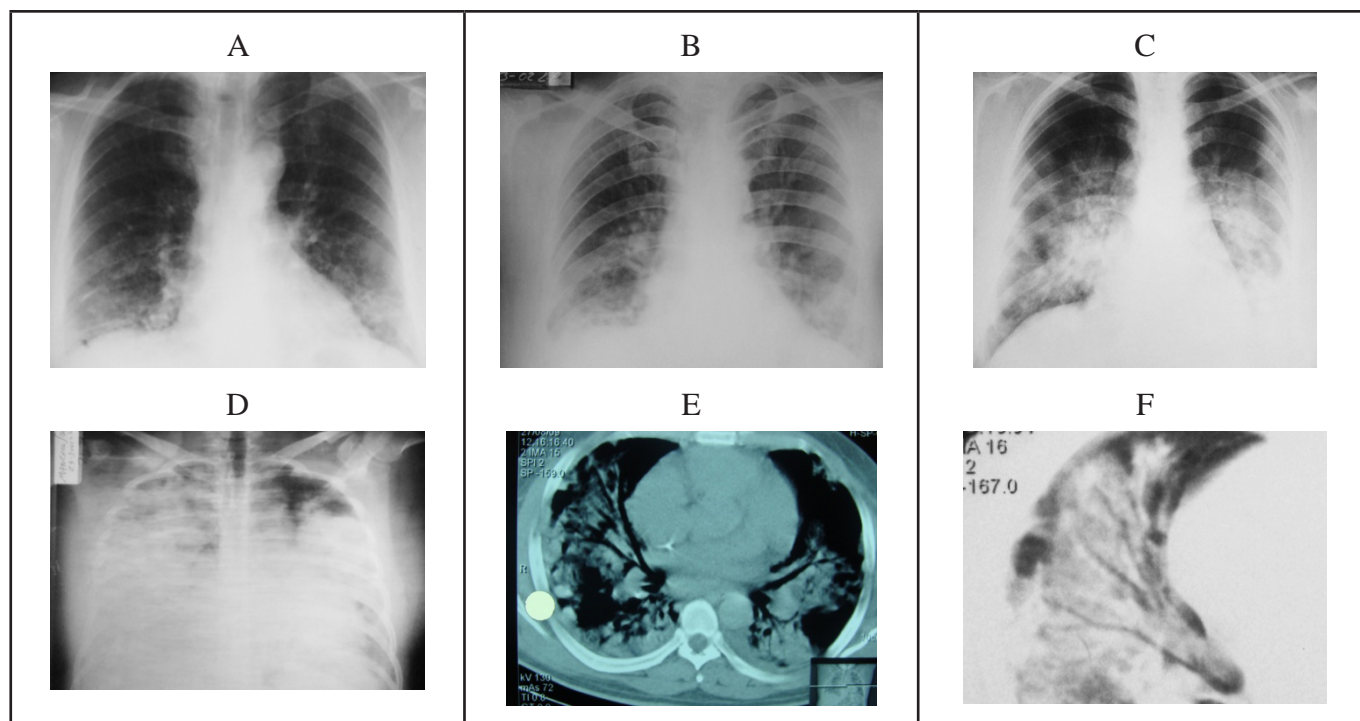


Fig. 4. Paciente de 47 años de edad obeso, con habito tabáquico, ingresa por dificultad respiratoria y hemoptoicos, presenta radiológicamente A) Al ingreso afección bilateral patrón en vidrio esmerilado. B) A las 24 horas C) 48 horas. D) 72 horas de evolución. E) Tomografía de Tórax con presencia de áreas de consolidación bilateral. F) Áreas de vidrio deslustrado. Paciente fallece a los 4 días de ingreso hospitalario

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra Blanco JA. Infección por el virus H1N1: hallazgos en la radiografía simple de tórax. *Revista Radiología*. 2012.
2. Teplisky D., Galeano M., Infección respiratoria por influenza A H1N1 en niños: Hallazgos radiológicos y correlación con el pronóstico clínico en pacientes internados en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2011.
3. Pérez-Padilla R, De la Rosa-Zamboni D, Ponce de León S, Hernández M, Quiñones F, Bautista E, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med* 2009
4. Guia de Influenza AH1N1. *RevFacMed UNAM* Vol. 53 No. 2 Marzo-Abril, 2010.
5. Jimenez-Corona M., Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza A(H1N1) 2009 y la vacunación contra influenza pandémica: resultados de una encuesta poblacional., *Salud Publica Mex* 2012;54:607-615.
6. Fajardo - Dolci G, Hernández - Torres F, Santacruz - Varela J, Rodríguez - Suárez FJ, Lamy P, Arbolea - Casanova H, Gutiérrez - Vega R, Manuell - Lee G, Córdova - Villalobos JA. Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A (H1N1) en México. *Salud PublicaMex* 2009.
7. Revilla-Rodríguez E, Olvera-Sumano V, Ruiz-Olivera MR, Baltazar-Torres JA, Acosta-Castellanos M, Sánchez-Valencia. Evaluación de marcadores bioquímicos en individuos con neumonía comunitaria grave por

- influenza A (H1N1) en Oaxaca, México. MedIntMex 2012.
8. Becerra A, Castillo A, Hernández C, Jiménez ME, Lazcano Araujo A, López Vidal Y, Macías AF, Magallón S, Michán L, Navarro A, Piñero D, Ponce de León S, Segovia L, Velasco AM, Vinuesa P. Grupo de Análisis evolutivo de la influenza A (H1N1). Análisis evolutivo del virus de la influenza A (H1N1): Un reporte preliminar. 2009
 9. Signos en la radiología de tórax, patrones radiológicos básicos y variantes fisiológicas. 2011
 10. Boque, M.; Rello, J. Puntos clave para la orientación y manejo terapéutico de los casos graves de gripe A (H1N1) en urgencias. Emergencias 2009; 21: 370-375
 11. Haro Lopez, C. et al. Neumonía y síndrome de distres respiratorio agudo producido por el virus influenza A (H1N1). Med Intensiva 2009
 12. Pérez Assef A, Acevedo O, Díaz Mayo J, Oviedo R, Tamayo FC, Villar M, Calixto D. Guía de diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos de pacientes obstétricas con Influenza A H1N1 (pandémica). Versión de trabajo. Hospital General Docente Enrique Cabrera, Septiembre 2009.

Datos Clínicos

CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Melvy Apaza O.

Neumóloga Hospital Santa Bárbara

Dr. Gregorio Valda A.

Cirujano Vascular y Torácico H. Santa Bárbara - CNS

Dr. Herbert Hamel

Jefe de Cirugía CNS.

Dr. Sandro Gareca V.

Cirujano Torácico Hospital Santa Bárbara

Palabras Clave: Cuerpo extraño, aspiración, bronquiectasias, hemoptisis

Key Words: Foreign body, aspiration, bronchiectasis, hemoptysis

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 14 años de edad, con antecedentes poco claros, tratada en los últimos dos años por infecciones respiratorias, cultivos y baciloscopías negativas, es transferida por hemoptisis a nuestro centro hospitalario. Reevaluada considerando cuadro clínico crónico, y estudios de imagen se decidió realizar broncoscopia con hallazgos encontrados que permitieron aclarar la etiología y realizar anamnesis dirigida sobre un antecedente que la paciente no recordó en el pasado ni fue advertido por los padres de la menor, la ingesta del cuerpo extraño; finalmente realizado el diagnóstico se optó por conducta quirúrgica con evolución posterior favorable.

ABSTRACT

The case of a patient of 14 years, with unclear background, treated in the past two years due to respiratory infections, cultivation and search for BK in sputum is negative, is transferred to our hospital with hemoptysis occurs. Reevaluated considering chronic clinical and imaging studies it was decided to perform bronchoscopy findings that clarified the etiology and make history directed against a background that the patient did not remember in the past and was warned by the parents of the child, the intake foreign body; I finally made the diagnosis was decided to conduct surgical with favorable evolution.

INTRODUCCIÓN

La aspiración de un cuerpo extraño continua siendo un problema frecuente en la población infantil en nuestro medio, elevando la morbilidad y mortalidad en la población, ocurriendo con mayor frecuencia entre los nueve y treinta meses de edad, identificada en su fase aguda suele producir amenaza de la vida por la obstrucción de vía aérea la consecuente insuficiencia respiratoria siendo una urgencia su resolución. En los últimos años gracias al advenimiento de la

broncoscopiarígida se disminuyó sustancialmente la mortalidad en estos pacientes, así se puede recoger experiencia de varios años en hospitales infantiles en revisiones publicadas que nos relatan con éxito y mínimo de complicaciones la extracción de cuerpo extraño mediante este método, con ausencia de complicaciones asociadas al procedimiento sin embargo si se observaron complicaciones debidas a la presencia del cuerpo extraño en vía aérea como neumotórax, neumomediastino, atelectasia absceso y neumonía postobstructiva.

A pesar de la frecuencia de presentación existen escasas descripciones de las complicaciones descritas por la presencia del cuerpo extraño a largo plazo, la evolución del cuadro y las dificultades con el tratamiento a tener en estos casos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 14 años de edad, ingresa por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por accesos de tos productiva expectoración mucopurulenta, alzas térmicas acompañadas en las últimas horas de hemoptisis cuantificada en 100 ml. Motivo de la transferencia de 1er nivel de atención para valoración por especialidad.

Dentro de los antecedentes personales de interés fue atendida durante el último año en centro de salud de 1er nivel por problemas respiratorios frecuentes, cada

episodio caracterizado por accesos de tos persistente productiva con expectoración mucosa y purulenta en ocasiones, se realizaron 2 baciloscopías con resultados negativos, realizó tratamiento antibiótico con azitromicina y amoxicilina sin respuesta esperada, en su último control se realizó radiografía de tórax que mostró opacidades heterogéneas en proyección de lóbulo inferior izquierdo estudio con el que es transferida a Hospital. Al ingreso se advierte paciente febril temperatura de 38,2°, con datos parciales de dificultad respiratoria, retracción intercostal, saturación de oxígeno por oximetría de pulso 90% al aire ambiente, al examen físico destaca movimientos respiratorios incrementados en frecuencia, presencia de vibraciones vocales disminuidas, matidez en región subescapular izquierda, donde se auscultan estertores crepitantes y sibilancias modificables en resto de hemitorax izquierdo. Resto sin particularidad. Los resultados analíticos mostraron presencia de leucocitosis de 14.900/mm³, neutrofilia de 90%, plaquetas 150.000/mm³, urea: 40mg/dl, creatinina 0,8mg/dl, resto dentro de parámetros normales, se realizó TAC de torax donde destacan los siguientes hallazgos, presencia de bronquiectasias en proyección de lóbulo inferior izquierdo, zonas de retracción fibrótica y múltiples cavidades (Fig. 1 A y B). Ingresó a Sala de Medicina Interna donde se inicia tratamiento antibiótico con ceftazidima y amikacina.

Valorada por especialidad se decide programación de fibrobroncoscopia, estudio en el cual se observa al ingreso a bronquio principal izquierdo presencia de masa polipoide móvil que actúa a manera de válvula obstruyendo parcialmente la luz, superando dicha obstrucción en orificio de ingreso a segmentos de lóbulo inferior izquierdo se observa presencia de cuerpo extraño adherido fijamente a dicho orificio no permitiendo mayor ingreso de coloración oscuro, consistencia dura (Fig. 2). Se realizó biopsias de lesión polipoide las cuales fueron enviadas a estudio histopatológico, cuyo resultado informa la presencia de proceso inflamatorio crónico tipo granuloma cicatrizal, sin datos de atipia celular ni malignidad. Inmediatamente posterior al estudio se realiza anamnesis dirigida, sobre el evento de aspiración de cuerpo extraño 2 años previos, verificando el dato, concluyendo que el objeto se trata de un tapón de lapicero. Considerando las extensas lesiones en lóbulo inferior izquierdo bronquiectasias y cavitación, antecedente de episodio de hemoptisis, se decide valoración por cirugía torácica determinando realización de lobectomía inferior izquierda, la misma realizada en Caja Nacional de Salud de nuestra ciudad, identificando cuerpo extraño y lesión endobronquial (Fig. 3). La pieza quirúrgica enviada a estudio patológico, con evidencia

de cuerpo extraño que ocluye lumen de bronquio lobar inferior izquierdo, macroscópicamente se evidencia mucosa congestiva e irregular, evidencia de bronquiectasias, al examen microscópico concluye en bronquitis crónica y aguda y zonas de hemorragia intra-alveolar de La paciente permaneció en post operatorio durante 1 semana posterior evolución adecuada sin lesiones en resto de parénquima pulmonar es externada.

DISCUSIÓN

Considerando estudios previos sobre la presencia de cuerpo extraño en vía aérea no se encontraron revisiones a cerca de las complicaciones a largo plazo, ya que normalmente los casos fueron detectados al poco tiempo y solucionados. En un estudio realizado en un hospital Infantil en México en seguimiento de 10 años se encontraron 84 niños entre 8 meses y 14 años, que padecieron de la aspiración de un cuerpo extraño; cuyas complicaciones relatadas, fueron endobronquitis, neumonía post obstructiva, atelectasia, neumotórax y un caso de absceso pulmonar, todos con evolución favorable y tratados por broncoscopía rígida, con un tiempo de evolución entre una hora y catorce días. Mientras otro estudio realizado en un Hospital Pediátrico de Argentina en el Proyecto Susy Safe se realizó un estudio de 4 años de seguimiento

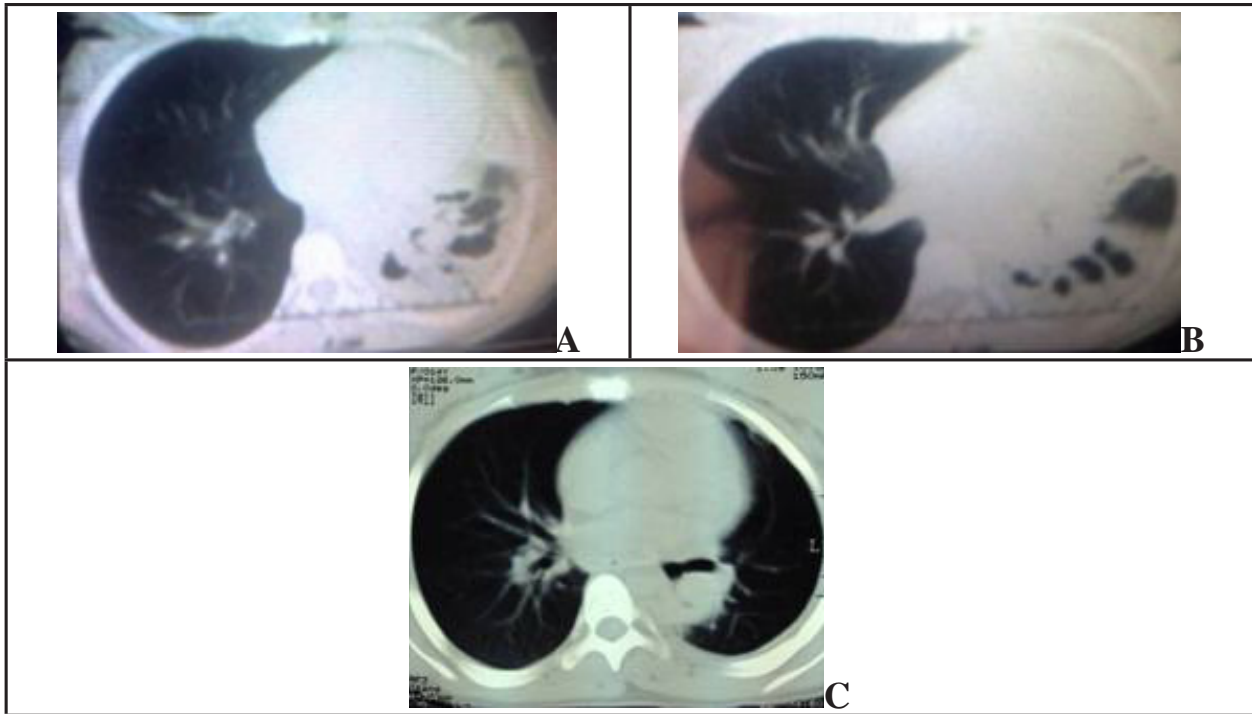
en 120 niños describiendo las complicaciones agudas y largo plazo, encontrando con mayor frecuencia la neumonía en primer lugar seguida por el granuloma, atelectasia, edema laríngeo. Así mismo se describieron tres fases consecutivas a la aspiración del cuerpo extraño, la primera fase aguda, caracterizada por accesos de tos súbita, asfixia, cianosis dificultad respiratoria, una segunda fase caracterizada por ausencia de síntomas e incluso ausencia de anomalías al examen físico, y una tercera fase con datos de proceso infeccioso accesos de tos, expectoración purulenta, radiológicamente se identificaron atelectasia, neumonía, bronquiectasias o absceso pulmonar. En este caso se observó la evolución de neumonía post obstructiva que llevo posteriormente al desarrollo de bronquiectasias originadas posterior a la obstrucción. En el presente caso destaca el motivo de ingreso y transferencia a nuestro centro hemoptisis, originada probablemente en la lesión tipo granuloma coexistente y próxima a la presencia del cuerpo extraño, atribuyendo la presencia de este último al desarrollo de dicha lesión hipertrófica. Por tanto dadas las condiciones del parénquima pulmonar de lóbulo inferior izquierdo en el momento del diagnostico, evaluando a futuro riesgo de re infección de dichas cicatrices se decidió

optar por conducta quirúrgica de resolución, la misma esta relatada en pocos casos en la literatura debido a esta causa, ya que la mayoría de los casos fueron solucionados durante el evento agudo.

CONCLUSIONES

El diagnostico de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño en nuestro medio aun es un tema frecuente en la población infantil incrementando la morbilidad y en algunos casos la mortalidad del grupo, lamentablemente en nuestro país no está descrita la frecuencia de presentación ni tenemos estadística publicada. Las complicaciones a largo plazo aunque de hallazgo poco frecuente no deben obviarse porque incrementan el riesgo de morbilidad y reingreso hospitalario, es importante recordar la correcta anamnesis y confianza del paciente que permitan recolección de datos adecuados que nos permitan identificar el problema y solucionarlo en el momento oportuno, por ultimo recordar e instruir a los padres de familia el cuidado con objetos pequeños manipulados en la boca de los niños, instrucción y enseñanza de evitar la colocación de dichos objetos en la boca de los niños.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.



Presencia de hallazgos tomográficos. A y B) Evidencia de lesiones bronquiectasias y cavidades no ocupadas en proyección de lóbulo inferior izquierdo. C) TC de Torax control pos operatorio que demuestra adecuada expansión pulmonar sin evidencia de lesiones en parénquima pulmonar conservado

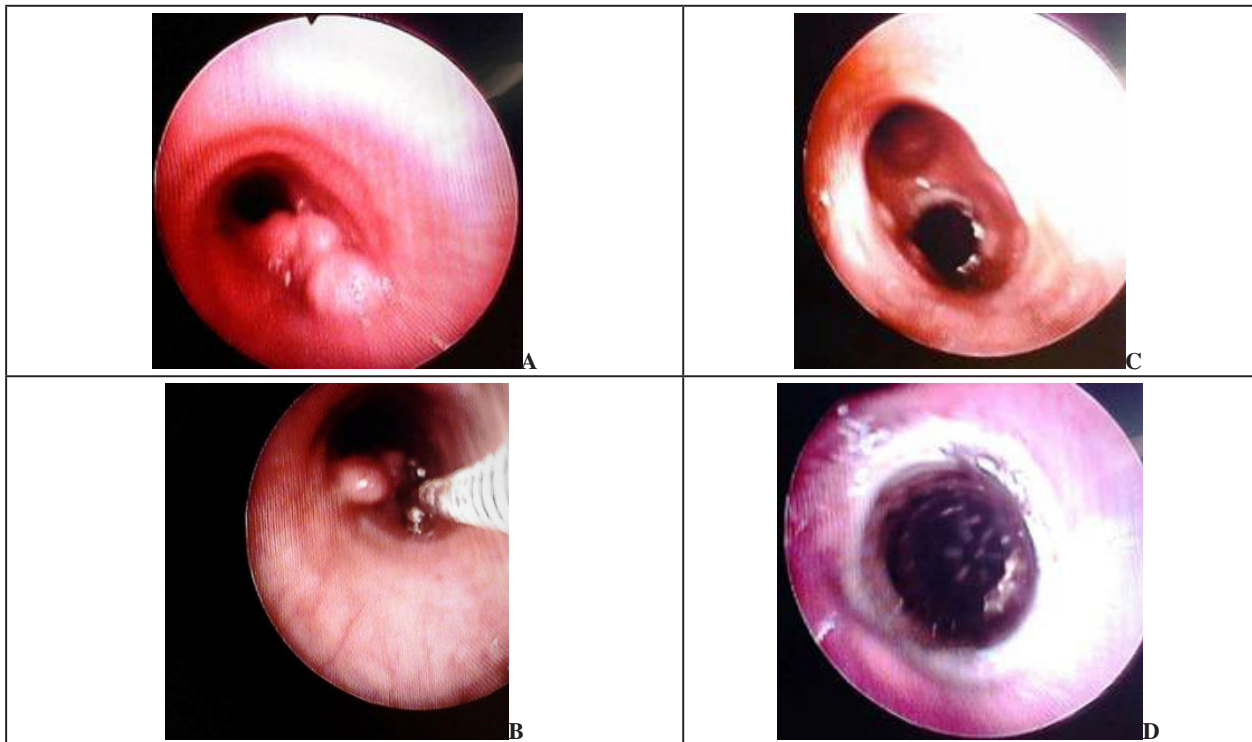


Fig. 2 Hallazgos bronoscópicos: A) Presencia de lesión endobronquial de aspecto polipoide, móvil obstruye parcialmente bronquio principal izquierdo B) Biopsia de lesión endobronquial C) División bronquial Lóbulo superior e inferior izquierdo, obsérvese la presencia de cuerpo extraño que ocluye completamente luz de orificio correspondiente a bronquio lobar inferior D) Cuerpo extraño.

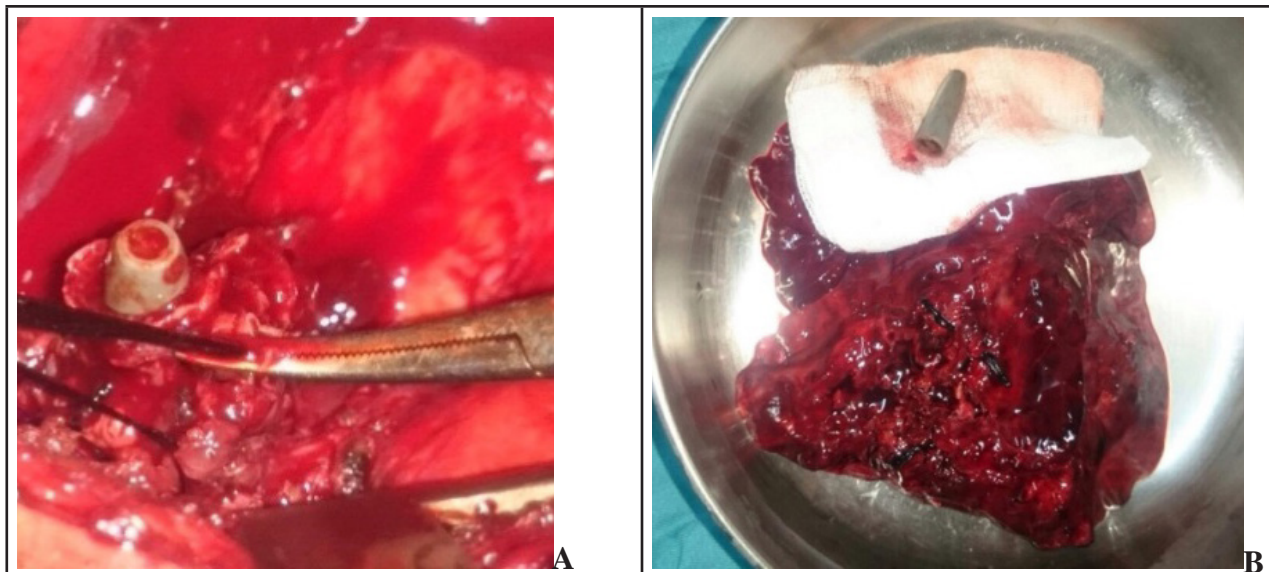


Fig. 3 Pieza Quirúrgica. A) Presencia de cuerpo extraño situado en bronquio principal izquierdo, momento de extracción. B) Cuerpo extraño posterior a lobectomía inferior izquierda. Gentileza Drs. Valda y Hamel.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez H, et al. Complicaciones debido a la aspiración de cuerpos extraños en niños. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015
- Extracción de cuerpos extraños en vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2011
- J. Pérez-Frías et al. Normativa SEPAR Broncoscopia Pediátrica *Arch. Bronconeumología*, 2011;47(7):350-360
- Palmer-Becerra J, Osorio-Rosales C, Madriñán-Rivas J. Extracción broncoscópica de cuerpos extraños en la vía aérea. Diez años de experiencia. *ActaPediatr. Mex.* 2010;31(3):102-107.
- Sauret Valet J. Cuerpos Extraños. *ArchBronconeumol* 2002;38(6):285-7
- Cabeza B., Gomez C., Hernangomez S., y col. Aspiración de Cuerpo Extraño. *AnPediatr (Barc)*. 2013;79(1):52---53
- Gimeno J., Gil F., Zanduetta L., Rullan A., Inusual aspiración de cuerpo extraño. *AnPediatr (Barc)*. 2013;79(6):392---393
- Álvarez-Buylla Blanco M et al. Broncoscopia en población infantil tras aspiración de cuerpo extraño. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2008;59(4):183-6
- Alliende F., Arancibia M., Ingestión de cuerpo extraño., *Rev. Chilena de Pediatría* v.70 n.4 Santiago jul. 1999
- Acosta H., Trinidad G., Lesión bronquial por aspiración de una pila alcalina. *AnPediatr (Barc)*. 2013;79(4):267---274

HEPATOTOXICIDAD POR AJENJO

Dra. Yanet Lijeron C.

Gastroenteróloga Clínica IGBI - Sucre

Dr. Niki Bedregal

Gastroenterólogo Clínica IGBI - Sucre

Dra. Litzi Gomez A.

Gastroenteróloga Clínica IGBI - Sucre

Palabras Clave: Hepatotoxicidad, ajeno, toxicidad por hierbas.

Key Words: Hepatotoxicity, wormwood, herbs toxicity.

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 55 años de edad, que acude con un cuadro de Hepatotoxicidad por ajeno, en un inicio no fue fácil llegar al diagnóstico porque se tuvieron que descartar muchas causas de ictericia, la variedad de daño hepático causado por esta hierba fue un Hepatitis aguda colestásica. El presente artículo hace una revisión de la toxicidad por productos de la herboristería, las propiedades que posee el ajeno, y el uso masivo de la medicina tradicional no regulado por las autoridades en salud.

SUMMARY

We report the case of a female patient 55 years old, attended with symptoms of hepatotoxicity by absinthe, initially was not easy to make the diagnosis because they had to discard many causes of jaundice, the variety of liver damage it caused by this herb was acute cholestatic hepatitis. This article

reviews the toxicity of herbal products, the properties possessed by the alien, and the massive use of traditional medicine not covered by the health authorities.

INTRODUCCION

HEPATOTOXICIDAD

El hígado es un órgano que puede ser afectado en múltiples procesos inflamatorios, toxicidad por fármacos u otros agentes y sus metabolitos, metabopatías, procesos autoinmunes y distintos defectos genéticos. Actualmente no se cuenta con una estadística que nos dé un panorama de la situación actual, ya que muchos casos no son diagnosticados

apropiadamente constituyéndose en un gran reto para los galenos. (2)

La medicina alternativa a través de la utilización de remedios ancestrales (semillas, flores frutos, hojas, tallos, raíces o combinaciones entre ellos) en países en vías de desarrollo, bajo la expresión: "lo natural puede ser beneficioso" dando a entender que los productos botánicos no producen efectos secundarios inherentes a los farmacológicos debido a un infradiagnóstico por la poca costumbre de comentar al médico el uso de herboristería, o la falta de indagación al paciente

sobre su consumo y posterior notificación del caso ; no es más que una expresión de la ausencia de incorporación plena a los avances de la medicina científica.(1)

El daño toxico inducido por productos naturales es una de las afecciones hepáticas más desconcertante y compleja que viene desafiando desde hace varias décadas a clínicos, farmacólogos, toxicólogos, industrias farmacéuticas y autoridades reguladoras; esto acontece por el difícil abordaje y el impacto potencial.(7) Para los hepatólogos y gastroenterólogos la enfermedad toxica hepática es un diagnóstico diferencial muy temido no solo por su potencial gravedad sino también por la imposibilidad en el momento actual de establecer con certeza el diagnostico en la mayoría de los casos(6).

La hepatotoxicidad hace referencia a la lesión o daño hepático causado por la exposición a un medicamento u otros agentes no farmacológicos.(4)

TIPOS DE LESIÓN HEPATOTÓXICA(12)

Aunque el hepatocito es la célula diana habitual del efecto tóxico de los medicamentos u otros agentes sobre el hígado, manifestándose mediante hepatitis aguda icterica o anictérica (presentación más frecuente), cualquier célula parenquimatosa o no parenquimatosa del hígado puede resultar dañada de forma aislada

o combinada, pudiendo simular cualquier tipo de enfermedad hepática conocida.

La lesión de los hepatocitos puede producir hepatitis aguda o crónica, esteatosis, hepatitis colestásica, cirrosis, hepatitis granulomatosa o tumores, el daño de los colangiocitos desembocaría en la aparición de colangitis aguda o crónica, o más raramente colangitis esclerosante, la toxicidad sobre las células endoteliales podría ser causa de enfermedad venooclusiva hepática, peliosis hepática, síndrome de Budd-Chiari o incluso del desarrollo de un angiosarcoma, el ataque de las células estrelladas (células de Ito) puede causar fibrosis hepática.(5)

LESIÓN HEPÁTICA AGUDA

Son lesiones hepáticas con evolución menor de 3 meses, la histología hepática es la herramienta más apropiada para la definición del patrón de lesión hepática.

1. La lesión hepatocelular (citolítica, citotóxica) se caracteriza por un incremento aislado de ALT mayor del doble del límite superior de la normalidad o una relación entre ALT/FAL expresada en múltiplos del límite superior de la normalidad mayor de 5. Los síntomas suelen ser inespecíficos, simulando generalmente una hepatitis viral aguda. La recuperación suele darse de 1-3 meses tras la suspensión del tratamiento.

2. La lesión colestásica se manifiesta por un incremento aislado de la FAL mayor del doble del límite superior de la normalidad o una relación entre ALT/FAL menor de 2. Dicho tipo de lesión puede ser de dos tipos:

- Colestasis blanda, pura o canalicular ("blandcholestasis"): este tipo de lesión es poco frecuente y se caracteriza por la aparición de ictericia y prurito con transaminasas normales o mínimamente alteradas en ausencia de signos de hipersensibilidad. La biopsia hepática muestra colestasis hepatocitaria y canálculos biliares dilatados con trombos de bilis, pero sin evidencia de necrosis o inflamación. El pronóstico es bueno, hay recuperación completa y sin secuelas.
- Hepatitis aguda colestásica o variedad hepatocanalicular: se manifiesta clínicamente por un cuadro de dolor a nivel del hipocondrio derecho que puede simular una patología de la vía biliar extrahepática, a c o m p a ñ á n d o s e frecuentemente de manifestaciones de hipersensibilidad. Los hallazgos histológicos incluyen inflamación portal y ductal, y necrosis hepatocitaria, junto a colestasis prominente de predominio centrolobulillar. La evolución natural es la resolución espontánea a los

3 meses de la suspensión del fármaco o agente, aunque puede cronificarse debido a la destrucción de los conductillos biliares.

3. La lesión hepatocelular/colestásica mixta se asocia al aumento de ALT y FAL mayor del doble del límite superior de la normalidad y una relación entre ALT/FAL entre 2 y 5. Las manifestaciones clínico-patológicas incluyen datos tanto de lesión hepatocelular como colestásica e incluye también en este grupo las lesiones granulomatosas. Se asocia frecuentemente a síntomas de hipersensibilidad y el pronóstico es generalmente bueno.

LESIÓN HEPÁTICA CRÓNICA

Cuando la persistencia del daño hepático dura más de tres meses. Las lesiones crónicas pueden ser necroinflamatorias (hepatitis crónica activa similar a la autoinmune), colestásicas, esteatóticas, por fosfolipidosis, fibrosis hepática y cirrosis, lesiones vasculares, granulomatosas o neoplásicas.

SÍNTOMAS

Una gran mayoría de las reacciones hepáticas cursan de forma asintomática o con síntomas inespecíficos, siendo descubiertos por un aumento de las enzimas hepáticas. Los síntomas frecuentes son el astenia, adinamia, pérdida de apetito, malestar general, molestias difusas abdominales

a nivel de hipocondrio derecho, ictericia.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de hepatotoxicidad por herboristería es complicado, ya que no existen pruebas ni marcadores para su confirmación por lo tanto se basa en la exclusión de otras posibles causas como: virus de la hepatitis, alcohol, enfermedades metabólicas, alteraciones biliares o tumorales, pruebas de laboratorio y de imagenología(9). Además se debe realizar una exhaustiva historia clínica y farmacológica para identificar una relación temporal entre la toma de dichas sustancias y el inicio de la enfermedad, considerándose la clave para el diagnóstico. En algunos casos ante la imposibilidad de excluir causas o duda diagnóstica puede ser necesario recurrir a la biopsia hepática.

PRONÓSTICO

La hepatotoxicidad por estos productos puede variar desde alteraciones leves y reversibles hasta provocar lesiones graves llegando a requerir trasplante hepático o conducir al fallecimiento del paciente.

AJENJO(3)

Nombre científico: Artemisia absinthium (en latín medieval aloxinus), llamada comúnmente ajenjo, asensio, ajorizo, artemisia amarga o hierba santa, es una planta herbácea medicinal, del género Artemisia, nativa de las

regiones templadas de Europa, Asia y norte de África. Conocida desde los egipcios, transmitida después a los griegos, esta hierba ha sido denominada la "madre de todas las hierbas" en la obra "Tesoro de los pobres" dadas sus múltiples aplicaciones curativas. Se utiliza como tónico, febrífugo y antihelmíntico, así como en la elaboración de la absenta y del vermut.

Es una planta perenne herbácea, con un rizoma leñoso y duro. Los tallos son rectos. Crece entre 80 a 120 cm. (raramente 150 cm.), y es de coloración verde plateada. Las hojas, dispuestas de forma espiralada, son de color verde grisáceo por el haz y blancas en el envés, cubiertas de pelillos blanco plateados, con glándulas productoras de aceite; las hojas basales de hasta 25 cm. de longitud, bi a tripinnadas con largos peciolo, con hojas caulinares (sobre el tallo) más pequeñas, 5 a 10 cm. largo, menos divididas, y con cortos peciolo; las hojas superiores pueden ser simples y sésiles (sin peciolo). Las brácteas involucrales son gris verdoso, densamente pubescentes, Sus flores son amarillo pálido, tubulares, y en cabezas (capítulos), y a su vez en panículas hojosas y con brácteas. La floración se da de principios de verano a principios de otoño; la polinización es anemófila. El fruto es un pequeño aquenio de 0,5 mm., más o menos cilíndrico, algo curvado, con nervios oscuros, glabro y brillante; vilano ausente

y la dispersión de las semillas es por gravedad.

DISTRIBUCIÓN Y HÁBITAT

Se puede encontrar en casi toda Europa y el Magreb occidental, ya que originalmente se distribuyó desde Europa Occidental hasta Asia Central. Y en la actualidad es posible encontrarla en casi todo el mundo.

En España se cría en toda la mitad septentrional de la península, y más puntualmente en las provincias de Valencia, Murcia y Granada (Sierra Nevada). Como esta planta ha sido muy cultivada antaño, se pueden encontrar grandes superficies con ejemplares de esta especie.

COMPOSICIÓN

La planta contiene del 0,2 al 0,5 por ciento de una esencia de color verdoso o azulado dependiendo de sus características con un fuerte sabor amargo, y el principal componente es la tujona, soluble en alcohol, pero no en agua. La planta tiene otro compuesto denominado la absintina, una sustancia amorfa de color amarillo, poco soluble en alcohol pero sí en agua.

La tujona actúa sobre los receptores del GABA (Ácido gamma-aminobutírico) en el cerebro. Dada la forma tipo cannabinoide de la molécula, durante mucho tiempo se pensó que la tujona, en sus diversos isómeros, activaba los mismos receptores del

tetrahidrocannabinol sin embargo, estudios recientes dieron cuenta de la falsedad de este razonamiento.

La tujona sobre todo el isómero alfa, el más potente de los dos tipos, inhibe los receptores que activan las neuronas por lo que se presentan espasmos musculares y convulsiones. Por esta razón, a principios de los años 60, los farmacólogos usaban la tujona como droga de prueba en programas de tamizado anticonvulsivante. En los animales, esta droga acorta el tiempo del sueño inducido por barbituratos. Al mismo modo que la anfetamina, la tujona causa un incremento en la actividad espontánea de los roedores.

USOS TERAPÉUTICOS(10)

Es empleada como planta medicinal y la propiedad más importante es la aperitiva. Se utiliza como tónico estomacal (contrarresta la indigestión y el dolor gástrico), vermífugo y antiséptico. El aceite de ajeno puro es muy venenoso. Afecta el sistema nervioso.

Hojas y pimpollos se cosechan al principio de su fructificación, necesitando un secado natural o artificial. Sus sustancias activas incluyen silica, dos elementos amargos (absintina y anabsintina) a las que debe sus propiedades digestivas; aceite esencial rico en tujona de acción vermífuga y emenagoga, pero tóxica en dosis altas; sales minerales (nitrato potásico), tanino y resina,

ácido málico, y ácido succínico. Aplicado correctamente, el ajeno tiene unas interesantes propiedades medicinales, como:

Tónico gástrico: como todas las plantas amargas desarrolla un efecto tónico sobre el estómago, aumentando el apetito y estimulando la secreción de jugos gástricos. Conviene pues a los inapetentes y a los dispépticos (que padecen de digestiones pesadas). No así a los ulcerosos, pues el aumento de secreción de jugos gástricos les resulta perjudicial. Como bien indica Pius Font i Quer, "el ajeno no debe tomarse sin necesidad".

Colerético: por el hecho de aumentar la secreción biliar, ejerce sobre el hígado una acción favorable, descongestiva y de estímulo de sus funciones. Resulta apropiado en los casos de insuficiencia hepática, y en la fase de convalecencia de las hepatitis víricas.

Vermífugo potente: pero su sabor desagradable puede hacer que los niños lo rechacen. En tal caso, es mejor utilizar otros vermífugos (tipos de plantas o fármacos antihelmínticos usados en el tratamiento de las helmintiasis, es decir las infestaciones por vermes, helmintos o lombrices).

Emenagogo potente: actúa sobre el útero (matriz) provocando la menstruación; pero además, normaliza los ciclos. Se recomienda, pues, para las jóvenes pálidas y debilitadas, que usualmente padecen de reglas

irregulares y dolorosas. Avicena, el renombrado médico persa del siglo XI, lo prescribía "para calmar a las mujeres agrias y biliosas".

En medicina, la hierba se usa para hacer un té para ayudar a la mujer embarazada durante el trabajo de parto. Además se hace un vino por maceración. Como polvo se hace una tintura. El aceite de la planta puede usarse como estimulante cardíaco para mejorar la circulación sanguínea. El aceite puro de Artemisia es muy venenoso, pero a una dosificación justa, y no excesiva, no ofrece riesgos.

OTROS USOS NO MEDICINALES

El característico olor se usa contra pestes. Antiguamente era utilizado como insecticida contra la polilla, que ataca a la ropa. Tiene secreciones de sus raíces, ejerciendo un efecto inhibitor sobre el crecimiento de plantas cercanas. Es muy útil como repelente de insectos, pero no alcanza con plantar sobre el borde de un área de cultivo.

Es una de las principales plantas en la elaboración del célebre licor de ajeno o absenta y del vermú (el nombre de esta bebida proviene del nombre que recibe la planta en alemán, Wermutkraut).(13)

La A. absinthium procura el sabor y principio psicoactivo (tujona) del ajeno o absenta, bebida que, hoy día es ilegal en diversos países. Es un potente alucinógeno

neurotóxico que, en grandes cantidades es adictivo y, al final, mortal.

En 1890, el "hada verde", como era llamada la bebida de ajeno o absenta, se extendió por toda Europa, Estados Unidos y América del Sur, principalmente en Chile y Argentina, donde se consumía profusamente. Fue muy consumida en los cafés de París y de otras ciudades.

En el Norte de África reemplaza a la menta o hierbabuena durante el invierno para la preparación del té verde.

Precauciones: A dosis elevadas resulta convulsivante y neurotóxica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, natural y residente en Villazón, ocupación labores de casa.

Enfermedad Actual

Cuadro clínico de tres semanas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal espasmódico en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas, vómitos alimentarios, ictericia de piel y mucosas, coluria, acolia. Referida del Hospital de Villazón al Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de Sucre.

Antecedente de haber consumido por más de dos meses Ajeno en infusión, un litro diario, recomendado por un médico tradicional de la zona.

EXAMEN FÍSICO

Facies icterica, piel y mucosas ictericas, aparato cardiopulmonar clinicamente estable, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, se palpa higado a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal, RHA normoactivos.

Exámenes complementarios solicitados:

Laboratorio: Hb 15,6 g/dl, leucos de 4000 mm/hr, TP 12,7 s, TGO 1240 UI/L, TGP 1480 UI/L, FAL 112 U/L, BT 17 mg/dl, BD 15,9 mg/dl, BI 1,1 mg/dl, Alb 3,6 g/dl, GGT 282 U/L. Serología Hepatitis A Ig M Neg, Ig G Posit; Hepatitis B y C negativo.

Serologia: Citomegalovirus (-), Toxoplasmosis (-), Virus EpsteinBaar (-).

Ecografia: Hepatitis?, Pólipos en vesícula biliar vs. Colesterolosis?. No se evidencia dilatación de vía biliar intra ni extrahepatica.

Endoscopia: Gastritis crónica atrófica y superficial, gastritis enantematosa peteual.

Serología autoinmune: ANA (-), AMA (-), ASMA (-), ANCA (-), Anti LKM 1 (-). IG G e IG M no reactivo.

Biopsia Hepática: Colestasis centrolbulillar, con necrosis focal. Puede corresponder a ictericia idiopática, recurrente por fármacos.

Interconsulta con hepatología: Impresiona hepatitis colestásica (Hepatitis autoinmune?). Sugiere realizar serología autoinmune y biopsia hepática.

Evolución

Paciente con evolución favorable, con remisión paulatina de la clínica de ingreso, aun persistía la ictericia y coluria en menor intensidad.

DISCUSION

El uso terapéutico de hierbas medicinales con toda probabilidad seguirá creciendo en el futuro, no solo en países en vías de desarrollo ó también en los desarrollados ó bajo la percepción de que al ser naturales solo pueden ser beneficiosos; planteando una llamada de atención a las autoridades en salud para promover cambios en la legislación reguladora, mejorando aspectos concernientes a la identificación del producto y sus componentes, selección de una parte errónea de la planta, el almacenamiento, contaminación con productos químicos, metales pesados y microorganismos, adulteración y finalmente la falta o el mal etiquetado. Además es preciso implementar sistemas de monitorización de reacciones adversas que deberán ser notificadas inmediatamente.

A nivel mundial hay una variabilidad geográfica en cuanto al agente etiológico causante de hepatotoxicidad, por ejemplo en países occidentales se les atribuye

a los antibióticos, fármacos activos en el sistema nervioso central, antiinflamatorios no esteroideos, en Norteamérica el uso de nitrofurantoina, en España el ibuprofeno, en países Asiáticos y América el uso de herboristería y medicina tradicional, en India la difenilidantoína y dapsona.(14)

En Latinoamérica la información sobre daño hepático inducido por estos productos es fragmentaria, con casos o serie de casos aislados y sin continuidad en el tiempo.

Indudablemente en Bolivia la medicina tradicional ha cobrado importancia durante los últimos años sobre todo en los estratos medio a bajo, mediante el uso indiscriminado del arsenal de plantas medicinales que se encuentran a disposición en el medio. Lamentablemente el uso inadecuado de la medicina tradicional trae consecuencias devastadoras que la medicina científica debe resolver, por la falta de control de uso, no indica dosis, ni concentraciones, tampoco son envasados bajo normas de calidad estándares.(3) En el caso de la paciente el consumo de ajenojo por un periodo prolongado y sin dosificación alguna indujo a dejar su hogar, familia, fuente de trabajo y trasladarse hasta otro departamento para recibir atención apropiada ocasionando gastos económicos para cubrir la consulta médica, internación y medicación.

La anamnesis en estos casos es fundamental para poder obtener datos y llegar a un diagnóstico apropiado, puesto que en muchos casos se omite o no se le atribuye la importancia que requiere a la ingesta no solo de la herboristería, también de muchos fármacos usados en otras especialidades médicas por periodos prolongados; en estos casos que son frecuentes es preciso referir al gastroenterólogo-hepatólogo para una valoración y evitar estos inconvenientes que van en desmedro de los pacientes.

A continuación se presenta la metodología de una red de Hepatotoxicidad, que se debería adoptar siguiendo la estrategia utilizada por un grupo Español:(8)

- Identificar los casos de sospecha de hepatotoxicidad y mantenimiento de una base de datos que permita el registro de la información necesaria.
- Entrevistar a los pacientes y recoger información acerca de la exposición a medicamentos y otros posibles agentes etiológicos. La metodología de recogida de información de las sospechas de hepatotoxicidad consiste en una entrevista directa con el paciente y no en la mera revisión de historias clínicas, en la cual se realiza una historia medicamentosa exhaustiva detallada para recoger información actualizada y con fechas sobre exposición a medicamentos y posibles agentes etiológicos

(productos de herboristería, automedicación) el proceso incluye recomendaciones a los pacientes para evitar nuevos episodios.

- Analizar los datos para identificar posibles nuevas asociaciones y cuantificar el riesgo. Una vez se envía una sospecha de toxicidad hepática al centro coordinador se analiza la información remitida en el producto estructurado que se ha diseñado para ello, se valoraran respuestas emitidas en cada apartado y si esta correctamente cumplimentado, se estudia la posibilidad / sospecha de ser la reacción producto de una interacción farmacológica, se analizan las principales

causas hepáticas excluidas y finalmente tras la evaluación por 3 expertos independientes si se considera la reacción relacionada con la ingesta de un fármaco, se le aplica la escala de CIOMS (Council for international Organizations of Medical Sciences) para asignarle una puntuación numérica que es convertida en una categoría de probabilidad de sospecha de hepatotoxicidad. Posteriormente los protocolos se introducen en la base de datos generada y son archivados. Las nuevas incidencias son analizadas para identificar posibles señales de alerta, nuevas asociaciones y cuantificar el riesgo.

- Obtener muestras biológicas de pacientes con hepatitis toxica para la realización de estudios genéticos y de biomarcadores y avanzar el mecanismo etiopatogénico del daño toxico. Formular nuevas hipótesis de trabajo con el fin de responder problemas clínicos relevantes, sin fines comerciales.
- Realizar un análisis final de toda la información generada y publicación de una revista indexada.

El establecimiento de una red enfocada en hepatotoxicidad facilitara la adopción de criterios unificados y consensuados que permitan trabajar de una forma colaborativa.

TABLA 38-27 Remedios de herbolario que pueden causar lesiones hepatotóxicas

Remedio	Indicaciones	Componentes tóxicos	Patrón de lesiones hepáticas
Hoja de chaparral	Múltiples aplicaciones	<i>Larrea tridentata</i>	Necrosis de zona 3; hepatitis crónica
Plantas medicinales chinas (véase el texto)	Múltiples; enfermedades cutáneas; tónico para la salud; hepatitis vírica	Muchos	Lesión hepática (sin histología); EVO, SVBE
Consuelda; té de hierba de gordolobo; mate; té de hierbas chino	Tónico para la salud	Alcaloides de pirrolicidina; <i>Compositae</i>	EVO
Alcanfor	Rubefaciente	Terpenos cíclicos	Pruebas hepáticas anormales, encefalopatía
Cápsulas de carpa (vesícula de carpa cruda)	Reumatismo, agudeza visual	Ciprinol	Cambios en enzimas hepáticas (sin biopsia) con insuficiencia renal aguda; necrosis hepática (ratas)
Cáscara sagrada	Laxante	Muchos; ¿antraquinonas?	Hepatitis colestática, hipertensión portal
Dai-saiko-to (TJ-9) ^a	Hepatopatías, especialmente la hepatitis vírica crónica	<i>Scutellaria</i> ; glicirrina	Hepatitis aguda y crónica
Celandina mayor Germander (té, cápsulas)	Litiasis biliar Reducción de peso, tónico para la salud	<i>Chelidonium majus</i> Diterpenos de neoclerodano (<i>Teucrium chamaedrys</i> L.)	Hepatitis; fibrosis Hepatitis aguda y crónica, necrosis de zona 3; fibrosis, cirrosis
Isabgol	Laxante	No identificados	Hepatitis de células gigantes (un informe)
Comprimidos anodinos de Jin Bu Huan	Sedante; analgésico	<i>Lycopodium serratum</i>	Hepatitis aguda y crónica; esteatosis; fibrosis
Kava «Champiñón» kombucha	Trastornos de ansiedad Tónico para la salud	Kava-lactona Agregados de levadura-bacterias	Necrosis hepatocelular difusa Lesión hepática (sin estudios histológicos)
Ma-huang Remedio mediterráneo	Reducción de peso Antiinflamatorio	Efedrina <i>Teucrium polium</i>	Hepatitis aguda Necrosis de zona 3; insuficiencia hepática aguda; fibrosis
Preparados mixtos: muérdago, solideo, valeriana «Laxantes naturales»	Tónicos de hierbas Catártico	No identificados; ¿ <i>Scutellaria</i> ? Senna, podofilina, aloína	Lesión hepática (sin estudios histológicos) Lesión hepática (sin estudios histológicos)
Aceite de clavo	Dolor dental	Eugenol	Hepatotóxina dependiente de la dosis; necrosis zonal
Aceite de pennyroyal menta India	Abortivo; droga vegetal	<i>Labitae</i>	Lesión hepática (sin estudios histológicos)
Próstata Cartilago de tiburón	Prostatismo Suplemento alimenticio	<i>Saw palmetto</i> No identificados	Hepatitis; fibrosis Pruebas hepáticas anormales (sin histología)
Shou-wu-pian Sho-saiko-to (TJ-9) ^a	Múltiples Tónico para la salud; hepatitis vírica	¿ <i>Polygonum multiflorum</i> ? <i>Scutellaria</i> ; glicirrina; otros	Hepatitis aguda Necrosis zonal/en puentes; fibrosis; esteatosis microvesicular
Remedio zulú	Tónico para la salud	<i>Atractylis gumifera</i> , <i>Callilepis laureola</i>	Necrosis hepática

EVO, enfermedad venooclusiva; SVBE, síndrome de vías biliares evanescentes. TJ-9 es un preparado de plantas medicinales usado en Japón y China; se emplean otros nombres alternativos, como Sho-saiko-to y Dai-saiko-to.

Indicativos de lesión hepatocelular aparecían por término medio 20 semanas (intervalo 7-52) después de comenzar la ingestión. Se ha descrito una necrosis hepática focal con numerosos eosinófilos y una hepatitis lobulillar menor con esteatosis microvesicular y fibrosis en puente. Los afectados se recuperaban ocho semanas después de dejar de consumir el producto.

Alcaloides de pirrolicidina

La ingestión de estos alcaloides vegetales es una costumbre muy popular en África⁶⁷² y Jamaica, habitualmente en forma de mezcla de té de hierbas, decocciones o incluso enemas⁶⁶². Estos preparados han sido asociados a enfermedad venooclusiva, fibrosis y necrosis hepáticas. También se ha comprobado una contami-

BIBLIOGRAFIA

1. Andrade R., Lucena M. y García M. (2002). Gastroenterología y Hepatología. Hepatotoxicidad por infusión de hierbas. Vol. 25. N° 5. España.
2. Bessone F., Colombato L. y Vorobioff J. (2010). The spectrum of nimesulide-induced-hepatotoxicity. AnOverview.
3. Enciclopedia de las Plantas Medicinales (1997). Plantas que Curan. Ed. Planeta De Agostini, España.
4. Farrel GC. (2004). Enfermedades gastrointestinales y hepáticas: Fisiopatología diagnóstico y tratamiento. Hepatopatía causada por fármacos, anestésicos y toxinas. Sleisenger y Fordtran eds. 7a Ed. Panamericana, p. 1486-1537. Buenos Aires-Argentina.
5. García M., Andrade R. y Lucena M. (2005). Gastroenterología y Hepatología: Hepatotoxicidad secundaria a fármacos de uso común. Vol. 28. N° 8. España.
6. García M. y Fernández A. (2013), Revista española de Enfermedades Digestivas: Hepatotoxicidad por productos de la herboristería. Vol. 105. N° 7. España.
7. García M. y Salmerón M. y Boraz Y. (2008), Revista española de Enfermedades Digestivas: Hepatotoxicidad secundaria a "productos naturales"; análisis de casos notificados al registro Español de hepatotoxicidad. Vol100. N° 10. España.
8. Lucena M., Cohen H., Hernández N. y Bessone F. (2011). Gastroenterología y Hepatología: Hepatotoxicidad, un problema global con especificidades locales, hacia la creación de una Red Hispano Latinoamericana de Hepatotoxicidad. Vol. 34. N° 5. España
9. Herrera S., Bruguera M. (2008), Gastroenterología y Hepatología: Hepatotoxicidad inducida por el uso de hierbas y medicamentos para perder peso. Vol. 31, N° 7. España.
10. Max Wichtl(2004). Herbal Drug and Phytopharmaceuticals. A Handbook for Practice on a Scientific Basis, Third Edition Ed.
11. Schiff E., Sorrell M., Maddrey W. (2007). Hígado: Hepatopatías alcohólicas y farmacológicas. Ed. Márbán. Madrid- España.
12. Tejada Francisco, (2010). Revista Clinica de Medicina - Scielo. Hepatotoxicidad por fármacos.
13. Vanaclocha, B. Y Cañigual, (2003). Fitoterapia Vademecum de Prescripción 4° Edición, Ed. Masson. España.
14. Walgren J., Mitchel M., y Tompson. (2005). Role of metabolism in drug-induced idiosyncratic hepatotoxicity: a prospective series from Spain. Hepatology. Spain.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN NIÑO MAYOR REPETIDO "POR DESCUIDO" EN 2 OCASIONES EN UN LAPSO DE 6 MESES.

Dra. Sonia Bustillo Alarcón

Médico Pediatra Hospital del Niño

Dra. Mery Claret Ramírez Muñoz

Residente de Pediatría Hospital del Niño

Palabras Clave: Herida Traumática del Cerebro (TBI), hematoma epidural por accidente de auto (DAI), Herida axonal difusa de cráneo (CT), Fractura craneal

Key Words: Traumatic brain injury (TBI), car accident, epidural hematoma, Diffuse axonal injury (DAI), cranial CT, skull fracture.

RESUMEN

El traumatismo encefalocraneano (TEC) es posiblemente una de las condiciones clínicas más frecuentes que debe enfrentar el médico y es, la primera causa de muerte e invalidez en la infancia. Se presenta el caso de un paciente masculino de diez años de edad quien en un lapso de 6 meses sufre 2 atropellamientos. En el primer accidente presentó un TEC severo abierto y su principal lesión fue el daño axonal difuso acompañado de fractura del piso anterior y medio de la base del cráneo. En el segundo accidente presentó un TEC leve-moderado con un hematoma epidural. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren, en todo el mundo, aproximadamente 100 niños cada hora a causa de lesiones, de las cuales el 90% son no intencionales. La inmadurez del niño dada su falta de experiencia y la imprudencia de su edad lo hace vulnerable a presentar lesiones por accidentes.

SUMMARY

Traumatic brain injury (TBI) is probably one of the most frequent medical conditions that doctors have to face and it's the first cause of death and nullity in childhood. A 10-years old boy underwent 2 car accidents. In the first one he had an open severe TBI and his main lesion was diffuse axonal injury plus basal skull fracture. In the second accident he had a light-medium TBI with an epidural hematoma. WHO estimates that around the world 100 children died every hour due to injuries, 90% of them are not intentional. The child immaturity, his lack of experience and the imprudence of his age makes him an easy target for accidents.

INTRODUCCION

El traumatismo encefalocraneano (TEC) es posiblemente una

de las condiciones clínicas más frecuentes que debe enfrentar el médico. Dentro de la población pediátrica es muy común y la mayor severidad se presenta en los accidentes de tránsito, afecta a un gran número de niños y es, por lejos, la primera causa de muerte e invalidez en la infancia y la adolescencia.⁵ Desde un punto de vista biomecánico, en la génesis de las lesiones resultantes del TEC intervienen fuerzas estáticas (compresivas) y fuerzas dinámicas (fuerzas de inercia). Ambos tipos de fuerzas pueden motivar deformaciones y movimientos de

diversas estructuras encefálicas. En general, cuando se aplica una fuerza sobre un cuerpo animado, éste se deforma y acelera de forma directamente proporcional al área de contacto y a la energía aplicada, condicionando una serie de respuestas mecánicas y fisiológicas. Al mecanismo de impacto, con sus fenómenos de contacto asociados (contusiones craneales, fracturas, etc.), se añaden los fenómenos de aceleración y desaceleración y los movimientos cráneo-cervicales que van a generar una serie bien definida de lesiones.²

⁵ Los pacientes que han sufrido un TEC constituyen un grupo heterogéneo de enfermos, que pueden presentar distintos tipos de lesiones cerebrales. Desde un punto de vista morfológico, y en función de los hallazgos en la tomografía computada cerebral (TAC), podemos dividir las lesiones producidas en un TEC en primarias y secundarias. Las lesiones primarias incluyen las contusiones cerebrales, los hematomas intracraneales (epidurales, subdurales e intraparenquimatosos) y las alteraciones cerebrales secundarias a su efecto expansivo, al aumento de presión intracraneal y al desplazamiento y distorsión del parénquima encefálico. Biomecánicamente, son el resultado del contacto directo del cráneo con el objeto lesivo y del encéfalo con ciertas estructuras anatómicas intracraneales y suelen ser lesiones en muchos casos, de tratamiento quirúrgico.

En lesiones secundarias incluimos las alteraciones axonales y/o vasculares difusas, las lesiones cerebrales hipóxicas y la congestión vascular cerebral.⁴

CASO CLÍNICO.

Se presenta el caso de un paciente masculino de diez años de edad quien en un lapso de 6 meses sufre 2 atropellamientos. En el primer evento sufre accidente por aplastamiento de vehículo en movimiento. En urgencias del Hospital de niño paciente inconsciente, con hemorragia profusa de fosas nasales que requirió taponamiento anterior y otorragia de conducto auditivo externo derecho. Glasgow 8-9, presión arterial 30/60 temperatura 35°, pulsos periféricos poco perceptibles, exploración física escoriaciones y equimosis múltiples, herida superficial de 7 cm en región genital que se sutura sin complicaciones. Laboratorios Hb 10.3 g/dl, Hcto 31.8%. Rx de pierna derecha con fractura de tibia, de cráneo se observa fractura de la base de la nariz.

Es ingresado a terapia intensiva con diagnóstico de trauma craneoencefálico grave y shock hipovolémico, el paciente es sedado e intubado.

Seis horas después del accidente se observa equimosis de orbicular con edema palpebral izquierdo. Se realiza TAC de cráneo donde se reporta Fractura de base de cráneo piso anterior y medio, neumoencéfalo interventricular, intraparenquimatoso de

milímetros. Lesión hiperdensa puntiforme en protuberancia y mesencéfalo compatibles con microhemorragias, edema cerebral difuso conservando cisternas de la base. Las lesiones microhemorrágicas son compatibles con lesión axonal difusa. Resonancia Magnética de Cerebro(Fig1): muestra lesiones de parénquima a nivel de mesencéfalo cerebelo y pedúnculo cerebeloso derecho compatible con daño axonal difusa. Potenciales evocados auditivos, visuales con daño axonal cortical. Potenciales somatosensoriales muestran moderada disfunción axonal a nivel central.

Tac facial: Muestra Fractura del techo de la órbita izquierda, de reborde infraorbitario izquierdo, fractura mandibular de rama y Fractura orbito malar izquierda.

Se le integraron los siguientes diagnósticos:

Politraumatismo por aplastamiento.

Traumatismo craneoencefálico severo y abierto.

Neumoencéfalo.

Fractura de piso anterior y medio del cráneo

Lesión axonal difusa.

Fractura de la base de la nariz, orbitomalar y maxilar izquierdo

Fractura de tibia derecha.

Durante su internación presenta alteraciones hemodinámicas importantes asociado a cuadros infecciosos en el transcurso de su internación que ceden al tratamiento médico egresándose de UTIP 9 días. Se da de alta a los 43 días de su ingreso por mejoría se egresa con Glasgow 15/15 sin déficit motor o sensitivo, solo tercer par craneal derecha, y limitación a la de ambulación por fractura de tibia. Para control en consulta externa.

2° evento. Se trata del mismo paciente quien 6 meses después del primer accidente sufre atropellamiento por vehículo al atravesar la calle. Por el golpe el niño es proyectado aproximadamente 2 metros impactando el cráneo sobre el pavimento. Es trasladado a urgencias del Hospital del niño. Al ingreso el paciente está, con Glasgow 13/15. Con somnolencia y bradicardia 45 TA 90/50. Presencia de hematoma subgaleal derecho. Se realiza protocolo de paciente poli traumatizado no encontrando ninguna lesión corporal solo en cráneo.

TAC cráneo(Fig.2-3) con hematoma epidural parieto-occipital derecho con efecto de masa colapsando el ventrículo lateral derecho y desplaza la línea media más de 1cm.

Se le integran los siguientes diagnósticos:

TEC leve

Hematoma epidural derecho

Politraumatismo

Se realiza cirugía de cráneo drenaje de hematoma obteniendo aproximadamente 50ml se indican antibióticos y fenitoína.

Evoluciona favorablemente y es dado de alta 8 días después.

Discusión.

Aunque los niños tienen mayores tasas de supervivencia comparados con los adultos que han sufrido TCE, las secuelas a largo plazo son mayores en los niños debido a su edad y al potencial de desarrollo.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren, en todo el mundo, aproximadamente 100 niños cada hora a causa de lesiones, de las cuales el 90% son no intencionales.⁸

La definición clásica dice que el traumatismo craneoencefálico es todo traumatismo que produce compromiso de conciencia y/o alteraciones anatómicas en el cerebro. En estos traumatismos podemos observar un gran número de alteraciones anatomofuncionales como fracturas, hematomas, hemorragias, daño axonal difuso, etc. algunas de las cuales hemos visto en un solo paciente como consecuencia de dos accidentes.^{1,3}

El daño axonal difuso (DAD) en los traumatismos craneoencefálicos (TCE) se produce

como consecuencia de daño axonal primario y secundario. Es el responsable de la mayoría de las alteraciones de atención, memoria, velocidad de procesamiento y alteraciones ejecutivas en los TCE moderados y graves. Neuropsicológicamente, el daño axonal difuso deja como secuelas la disminución de la capacidad de realizar nuevos aprendizajes y alteraciones de la atención, de la velocidad de procesamiento de la información y de las funciones ejecutivas.⁷ La alteración de las funciones frontales es una constante y se explica por el hecho de que las funciones frontales requieren la integridad de todos los circuitos cortico-corticales y cortico-subcorticales, circuitos que están afectados por la lesión axonal difusa.⁶

Existen factores que favorecen que el paciente pediátrico sea víctima de lesiones accidentales. La inmadurez del niño lo hace vulnerable a presentar lesiones accidentales, dada su falta de experiencia, la imprudencia propia de su edad y, en el caso del paciente lactante y preescolar, su espíritu explorador. El espíritu temerario del adolescente y la necesidad psicológica de aceptación social frecuentemente lo impulsan a tomar actitudes de riesgo.

Cuando se trata de niños es más claro el hecho de que la prevención es posible e indispensable y si bien en casos de niños pequeños está a cargo de

los padres o adultos responsables del menor, en niños mayores son ellos mismos los responsables de su seguridad. Nunca estará de más reforzar lo que ellos ya saben pero que deciden ignorar por considerar que a ellos nada les pasará pues ya saben cuidarse solos

IMÁGENES

Primer evento:

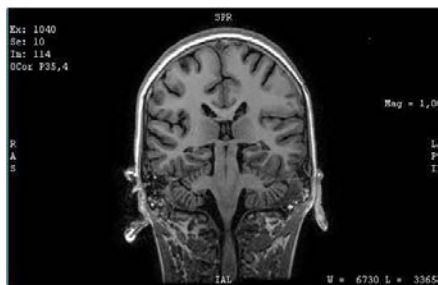


Fig. 1

SEGUNDO EVENTO:



Fig.2

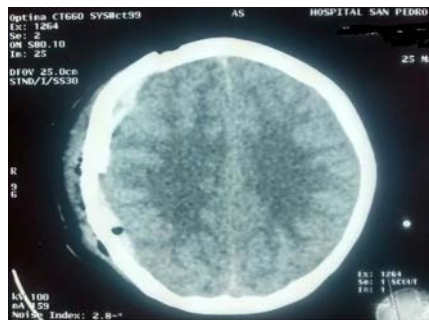


Fig.3

REFERENCIAS.

1. Bobenrieth K. Fernando. Trauma De Cráneo En Pediatría Conceptos, Guías, Controversias y Futuro. REV. MED. CLIN. CONDES-2011; 22(5) 640 - 646
2. Casas Fernández Carlos. Traumatismos Craneoencefálicos. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2008
3. Junqué Carme. Valoración Del Daño Axonal Difuso En Los Traumatismos Cráneo-Encefálicos. Escritos de Psicología. Volumen 2/ Número 1 –Diciembre 2008. (pp. 54-64).

4. Maya Hijuelos Luis Carlos. Evaluación y Tratamiento De Niños Con Traumatismo Craneoencefálico. CCAP. Año 3 Módulo 2. 2004
5. Ortiz P. Armando. Traumatismo Encefalocraneano Una Puesta Al Día. Rev. Med. Clin. Condes -2006:17(3): 98-105.
6. Verdú Pérez Alfonso. Traumatismo Craneoencefálico – 1ª edición. (pp 586-591).
7. Villarreal Reyna Gustavo. Lesión Axonal Difusa, Contusión y Daño del Tallo Cerebral <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/LESION%20AXONAL%20DIFUSA,%20CONTUSION%20Y%20LESION%20DEL%20TALLO%20ENCEFALICO.pdf>
8. Informe Mundial Sobre Prevención De Las Lesiones En Los Niños. OPS, OMS, UNICEF. 2012.

TUMOR PHYLLODES Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver

Dra. Carla Tatiana Mina Villarroel

Residente III año Obstetricia y Ginecología Hospital San Pedro Claver

Palabras Clave: Cistosarcoma filodes. Tumor Filloides.

Key Words: Cystosarcoma phyllodes. Phyllodes tumour.

SUMMARY

Tumor phyllode during pregnancy is a very rare neoplasm fibroepithelial, is presented as a tumor of variable size, firm, well-circumscribed, Mobile consistency without suspicious axillary lymph nodes. It can occur at any age and there are no reliable clinical features to predict their behavior. Several parameters should be evaluated, including the stromal cellularity, atypia, mitosis, excessive growth stromal infiltration edges and presence or absence of necrosis, thus always histological diagnosis. The treatment of choice is surgery with resection margins of 2 cm, as they tend to local recurrence. If a pregnant 39 weeks, which has a huge tumor in the right breast, phyllodes tumor pathologic examination report is presented.

RESUMEN

El Tumor Filloides durante el embarazo es una neoplasia fibroepitelial muy rara, se presenta como una tumoración de tamaño variable, de consistencia firme, bien delimitada, móvil y sin adenopatías axilares sospechosas. Puede presentarse a cualquier edad y no hay características confiables para predecir su comportamiento clínico. Se deben evaluar varios parámetros, incluyendo la celularidad estromal, atipia, mitosis, crecimiento estromal excesivo, infiltración de bordes y presencia o ausencia de necrosis, por lo tanto el diagnóstico es siempre histológico. El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes de resección de 2 cm, ya que tienden a la recidiva local.

Se presenta el caso de una gestante de 39 semanas, que presenta una tumoración voluminosa en mama derecha, el estudio anatomopatológico report Tumor Phyllodes.

INTRODUCCION

El tumor filoides de la mama es una neoplasia fibroepitelial infrecuente que corresponde a menos del 1% de los tumores mamarios, (1) que posee espacios quísticos recubiertos por epitelio, hacia los cuales se sobreproyecta el estroma, siendo este último el que posee el potencial tumoral (2), sin embargo, su histología es muy variable. Su origen es incierto aunque se ha propuesto que provendría del fibroadenoma. (3)

Su asociación con el embarazo es todavía más rara y no conocemos cómo éste afecta al tumor en su evolución. Está aceptado que el tumor phyllodes crece durante el embarazo. Esto parece lógico, ya que algunos de estos tumores presentan receptores para estrógenos y progesterona, aunque estos hallazgos no son constantes en todos los estudios. (4)

Este tumor tiene una hiper celularidad estromal, lo cual lo hace diferente histológicamente del fibroadenoma, y tiende a crecer como una hoja en el intersticio de los conductos. Se presenta en pacientes con un rango de edad de 35 a 55 años, su tamaño excede los 5 cm, es indoloro, móvil, bien delimitado sin comprometer la piel y los planos profundos. Macroscópicamente muestra nódulos lobulados redondos u ovalados con sitios internos heterogéneos y componentes quísticos en la mamografía o ecografía. (5)

Se clasifica en benigno, limítrofe o borderline y maligno, basado en la hiper celularidad estromal y su atipia citológica, y su actividad mitótica, considerándose significativa a más de tres mitosis por cada diez campos de alto poder. (6)

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la excisión del tumor, dejando un margen de 2 cm. (7)

CASO CLÍNICO.-

Paciente de 38 años de edad, casada, gesta III, para I, aborto II,

curso 39 semanas de gestación. Al examen clínico regional, presenta una tumoración indolora, dura, móvil en cuadrante superoexterno de mama derecha, con evolución de 3 meses; no se aprecia adenopatías axilares. Sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia. Se solicita exámenes complementarios:

Ecografía: Mama izquierda normal. Mama derecha: Aspecto heterogéneo por presencia de una imagen ecogénica sólida que mide 10 cm., de diámetro, ubicado en el cuadrante superoexterno. Diagnóstico.- Masa heterogénea inespecífica en mama derecha. (Figura N° 1)

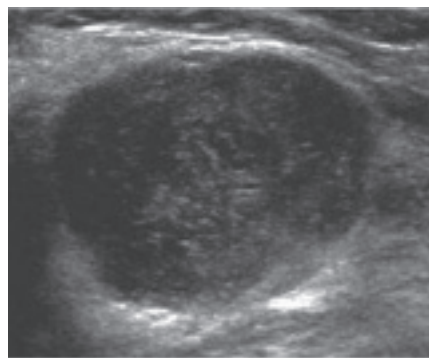


Figura N° 1 Ecografía Tumor Phyllodes

Perfil prequirúrgico: Normal (Hemograma, química sanguínea, examen general de orina)

Valoración preoperatorio: Riesgo quirúrgico habitual.

Paciente que a las de 39.5 semanas de gestación, ingresa al hospital por presentar trabajo de parto, obteniéndose un recién nacido de sexo femenino por vía vaginal, sin complicaciones.

Durante el puerperio mediato (21 días) que cursa la paciente, ingresa a quirófano para biopsia incisional de tumoración en mama derecha. El estudio anatomopatológico reporta Tumor fillodes.

Nuevamente ingresa a quirófano para tumorectomía de mama derecha, de aspecto fibroso, consistencia dura y leñosa, de 10 x 7 cm., de diámetro.

(Figura N° 2)

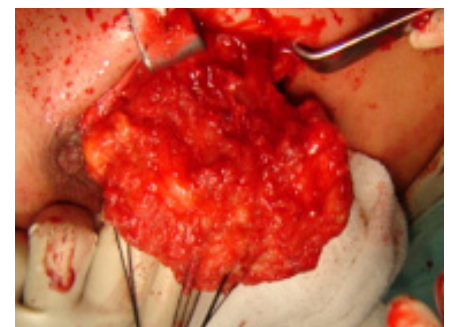


Figura N° 2 Tumorectomía

El estudio histopatológico informa proyecciones papilares de epitelio estromal intercalando zonas de hiperplasia y atipia; abundante tejido fibroso con disposición fasciculada, con núcleos pequeños e hiper cromáticos.: Tumor fillodes.

Después de un seguimiento de 2 años, la paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de recidiva de la neoplasia mamaria.

DISCUSION.-

El tumor phyllodes es una lesión fibroepitelial rara que explica del 0.3 al 0.9% de los tumores de mama. El índice de incidencia es de uno en 100,000 habitantes. Se presenta generalmente en las

mujeres entre 35 a 55 años y su incidencia máxima ocurre 10 años más tarde que los fibroadenomas de mama. Sin embargo, el tumor phyllodes puede ocurrir en los extremos de la vida; se han descrito casos a la edad de 10 años y en la novena década. En el hombre también se han reportado algunos casos, asociados a la presencia de ginecomastia. Las mujeres latinas tienen mayor riesgo de tumor phyllodes que otros grupos étnicos. (8)

Las investigaciones indican que no hay relación entre el desarrollo del tumor phyllodes y los estados premenopáusicos o postmenopáusicos, ni con el uso de anticonceptivos orales. Los tumores benignos son del 35 al 65% y los malignos entre el 15 y 35% de los casos. Tiene un riesgo total de malignidad de 2.1 por millón de mujeres. Del 4 al 27% de los pacientes con tumores malignos desarrollan una enfermedad metastásica; no obstante, la tasa de metástasis total es menor al 5%. El potencial maligno se determina por las características del tejido conectivo. La extensión metastásica es principalmente hematogena a pulmón, con implicación linfática infrecuente. (8)

Este tipo de tumor fue denominado por Müller como cystosarcoma phyllodes, en 1838, pero la OMS refiere que tumor filodes es la nomenclatura más apropiada. (9)

Clínicamente, se presenta como

una tumoración mamaria de consistencia firme, bien delimitada, usualmente indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a la piel. Puede ser redondeado o polilobulado y localizado en cualquier cuadrante de la mama. Es característica la ausencia de ganglios axilares sospechosos en la exploración. No suele cursar con alteraciones del complejo aréola-pezones (puede aplanarlo por compresión, pero no lo retrae) y la telorrea es infrecuente. (10) Los tumores de gran tamaño o los que se presentan en mujeres de edad avanzada son más frecuentemente malignos (11)

En la mayoría de los casos, el tamaño medio es de 5 cm, pudiendo alcanzar los 8-10 cm de diámetro e incluso más; es raro encontrar tumoraciones < 3 cm. El tumor de phyllodes se encuentra más comúnmente en la mama derecha, siendo bilateral en una tercera parte de los casos. El 35% de los tumores se localiza en el cuadrante superior externo, 15% en el superior interno, del 10 al 25% en el inferior externo y menos del 10% en el cuadrante inferior interno. En el 35% de los pacientes se presenta de forma multicéntrica. (8)

Un problema importante de diagnóstico que implica el tumor phyllodes es que la biopsia por aspiración con aguja fina, mamografía y los estudios del ultrasonido no son capaces de distinguir entre fibroadenoma y tumor phyllodes. El fibroadenoma y el tumor phyllodes muestran,

mamográficamente, masas bien definidas con bordes lisos o lobulados y presencia de un halo radiolúcido alrededor de la lesión debido a la compresión del estroma mamario. El diagnóstico definitivo ocurre sólo en un tercio de los estudios mamográficos. (8)

En resonancia magnética, los tumores filodes benignos se comportan como tumores con margen bien definido, con alta intensidad o isointensidad de señal en secuencias potenciadas en T2, señal baja en secuencias potenciadas en T1 y realce rápido en secuencias dinámicas con contraste. Por otra parte, las características clínicas de los tumores filodes malignos no han sido bien definidas, pero existen estudios en los que se demuestra una señal del tejido tumoral de mayor intensidad que el tejido mamario normal en secuencias potenciadas en T1, cambios quísticos con paredes irregulares, intensidad de señal del tejido tumoral menor o igual que el tejido mamario normal en secuencias potenciadas en T2. (12)

En el ultrasonido, los tumores phyllodes demuestran a menudo contornos lisos con ecos internos homogéneos, quistes intramurales y ausencia de reforzamiento acústico posterior. Se ha observado una masa hipocóica con un patrón ecográfico heterogéneo, necrosis dentro del tumor y distorsión de la arquitectura de la mama. La necrosis dentro del tumor es la

característica principal del tumor phyllodes maligno; no obstante, la confirmación histopatológica es obligatoria. (8)

La biopsia por aspiración con aguja fina diagnóstica se realiza en sólo el 70% de los tumores phyllodes y tiene una tasa de falsos-negativos cercana al 40%. La biopsia con aguja Trucut se considera un método altamente exacto para descartar malignidad con una sensibilidad de los aproximadamente 95 a 97%; por ello, y para evitar errores de diagnóstico, se recomienda la biopsia con aguja Trucut. (8)

De acuerdo a los criterios propuestos por Azopardi, el tumor phyllodes se clasifica en tres grupos, a saber: benigno, borderline y maligno, y tiene como base los siguientes parámetros:

1. *Márgenes del tumor.* Un margen bien delimitado de forma microscópica se ha considerado como buen indicador pronóstico. Los márgenes infiltrantes se asocian con frecuencia a un alto índice mitótico y se correlacionan con alto riesgo de recurrencia tumoral. 2. *Crecimiento de tejido conectivo.* El tumor phyllodes puede demostrar áreas de diferenciación sarcomatosa. La celularidad del tejido conectivo es muy alta en tumores malignos y borderline. 3. *Mitosis.* En tumores benignos, con cero a cuatro mitosis por 10 campos. Potencialmente malignos, con

cinco a nueve mitosis por 10 campos y malignos con 10 o más mitosis. 4. *Atipia celular.* La atipia celular severa se relaciona con tumores malignos. (13)

Se recomienda una biopsia excisional apropiada con por lo menos márgenes de 2 cm, si el diagnóstico se sospecha o se ha confirmado después de la biopsia de base. La excisión local amplia con márgenes de 2 cm es la opción principal para tumores pequeños. Se sugiere mastectomía total para los tumores mayores de 5 cm o tumores malignos, aunque se debe considerar la relación entre el tamaño de la lesión y el tamaño de la mama. No está indicada la disección de ganglios regionales. La primera meta del tratamiento es alcanzar los márgenes negativos. La recurrencia local puede ser tratada con escisión local adicional o mastectomía. El retiro de la fascia del pectoral o el músculo no se indica rutinariamente a menos que este tejido esté implicado. Si la escisión inicial del tumor no tiene el margen > 1 cm, se recomienda hacer una rescisión para obtener un margen adecuado y prevenir recurrencia local. En el caso de recurrencia local, se recomienda la reescisión con márgenes > 2-3 cm. En la mayoría de casos, la escisión amplia con márgenes adecuados puede ser alcanzada sin mastectomía. La mastectomía total (sin disección de ganglios axilares) está reservada para las lesiones demasiado grandes donde se pueda alcanzar un

margen de 1 cm sin deformar la mama, o para las recurrencias locales recidivantes, a pesar de márgenes adecuados. (8)

BIBLIOGRAFIA.-

1. Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. *Am J Surg* 1993; 165: 376-379.
2. Way JC, Culham BA. Phyllodes tumour in pregnancy: a case report. *JCC* 1998; 41: 407-409
3. Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol* 2003; 12: 27-37.
4. Noguchi S, Yokouchi H, Aihara T, Motomura K, Inaji H, Imaoka S, et al. Progression of Fibroadenoma to Phyllodes Tumor Demonstrated by Clonal Analysis. *Cancer* 1995; 76: 1779-1785.
5. Redondo E, Hernández JM, Nogués E, et al. Tumor filodes de mama. Análisis de 22 casos. *Cir Esp* 2000; 67: 581-5.
6. Park HL, Kwon SH, Chang SY, et al. Long-Term Follow-Up Result of Benign Phyllodes Tumor of the Breast Diagnosed and Excised by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Breast Biopsy. *J Breast Cancer* 2012; 15: 224.

7. Joshi SC, Sharma DN, Bahadur AK, Maurya R, Kumar S, Khurana N. Cystosarcoma phyllodes: our institutional experience. *Australas Radiol* 2003; 47: 434-7.
8. Jiménez JL, Márquez GA, José Olaya EG. Tumor phyllodes. Vol 27, N° 2 pp 2013; 106-112.
9. Abdalla HM, Sakr M. Predictive Factors of Local Recurrence and Survival Following Primary Surgical Treatment of Phyllodes Tumors of the Breast. *J Egypt Natl Canc Inst* 2006; 18: 125-133.
10. Lombardia J., Rodriguez I., Carreira M^a C. La mama paso a paso: Guía Práctica en Patología Mamaria. Madrid, España. 2002; 428-429-434
11. Zisis CH, Apostolikas N, Konstantinidou A, Griniatsos J, Vassilopoulos PP. The extent of surgery and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast. *Breast Cancer Reg Treat* 1998; 41: 205-210.
12. Taira N, Takabatake D, Aogi K, Ohsumi S, et al. Phyllodes Tumor of the Breast: Stromal Overgrowth and Histological Classification are Useful Prognosis-predictive Factors for Local Recurrence in Patients with a Positive Surgical Margin. *Jpn J Clin Oncol* 2007; 37: 730- 6.
13. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. Filadelfia: WB Saunders; 1979, p. 346-65.

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Dr: Boris Arancibia Andrade (*)

Médico Internista

Dr: Marcelo Puente Ortiz (*)

Médico Cardiólogo, Jefe del Departamento de Cardiología

Dr: Elías Espada Flores (*)

Médico Internista, Jefe del Servicio de Medicina Interna

Dr: Hugo Carvajal Oviedo (*)

Jefe del Servicio de Medicina Legal () Hospital Santa Bárbara -Sucre*

Dra: Katerine Yañez Sasamoto

Gastroenteróloga Clínica. IBGJ- Sucre

Palabras Clave: Miocardiopatía periparto, falla cardíaca, embarazo

Key Words: Peripartum cardiomyopathy, cardiac failure, pregnancy.

RESUMEN:

La miocardiopatía periparto no es una patología frecuente; sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad, elevándose aún más cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan en forma temprana. Las primeras descripciones de la entidad se realizaron alrededor de la década de 1870, cuando Virchow y Porack describieron un proceso de degeneración miocárdica en pacientes quienes fallecieron en el período postparto. El caso clínico que presentamos se trata de una paciente puerperal de 23 años, que ingresa a la sala de medicina interna transferida del Hospital Gineco-Obstétrico con el antecedente de un embarazo y un parto por cesárea, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Secundaria a una Neumonía, donde la ecocardiografía revela elementos que permiten plantear el diagnóstico definitivo e instaurar el tratamiento

adecuado. Se revisa el tema y dada su baja frecuencia y su pronóstico ominoso se presenta el caso clínico y su resolución.

SUMMARY:

PPCM is not a common disease; however, it has a high mortality rate, rising even more when diagnosis and treatment are not performed early. The first descriptions of the entity were made around the 1870s, when Virchow and Porack described a process of myocardial degeneration in patients who died in the postpartum period. The clinical case we present is a puerperal patient aged 23 who was admitted to the internal medicine ward transferred from Obstetric-Gynecologic Hospital with a history of pregnancy and cesarean delivery, diagnosed with respiratory failure secondary to pneumonia where an echocardiogram permitted to make a definitive diagnosis and appropriate

therapy. The issue is reviewed and given their low rate and poor prognosis and clinical case is presented resolution.

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto no es una patología frecuente, sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad elevándose aún más cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan de forma temprana.^{1,2} En el siglo 19, Virchow, Ritchie y Porak, establecieron por primera vez una asociación entre la falla cardíaca y el puerperio. Sin embargo, el síndrome no fue

reconocido como una entidad clínica distinta hasta 1937, cuando Gouley y colaboradores describieron las características clínicas y patológicas de siete pacientes embarazadas quienes tuvieron insuficiencia cardiaca severa y con frecuencia fatal. (1,2). Estas mujeres tenían una miocardiopatía dilatada no isquémica en el último mes del embarazo que persistió después del parto. Desde entonces, estos autores propusieron que esta insuficiencia cardiaca estaba relacionada directa o indirectamente con el puerperio. En 1971, Demakis y colaboradores describieron la historia natural de 27 pacientes con miocardiopatía asociada con el embarazo. Estos investigadores definieron la condición como miocardiopatía periparto (MCP) y establecieron sus criterios diagnósticos.³ Un elemento esencial en el diagnóstico de miocardiopatía periparto es la demostración de la disfunción ventricular sistólica. Debido a que la ecocardiografía no estaba disponible en la descripción original de Demakis, las mediciones específicas de la disfunción ventricular sistólica izquierda han sido propuestas como criterio adicional ya que tiene implicaciones tanto diagnósticas como pronósticas. La miocardiopatía periparto continúa siendo un diagnóstico de exclusión, y se necesita descartar otras causas más frecuentes de insuficiencia cardiaca. Es importante para los obstetras, internistas y cardiólogos el

conocimiento de esta entidad, ya que aparentemente, su manejo adecuado modifica el pronóstico(3,4,5,6).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la miocardiopatía periparto es en ocasiones complicado ya que muchos de los signos y síntomas iniciales de la enfermedad se parecen a los referidos por las pacientes que cursan con un embarazo normal, especialmente, durante el tercer trimestre. Dentro de los síntomas inespecíficos se encuentran disnea, sensación de fatiga, edema de miembros inferiores, malestar general, idénticos a los que presenta un paciente con falla cardíaca. El Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos en conjunto con el Departamento de Enfermedades Raras del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos definen los cuatro componentes que se deben cumplir para el diagnóstico de la enfermedad:(4,5,6).

1. Falla cardíaca que se desarrolle durante el último mes y los primeros 5 meses después del parto.
2. Ausencia de otra causa detectable de insuficiencia cardíaca.
3. Ausencia de enfermedad cardíaca antes del último mes del embarazo.

4. Características ecocardiográficas de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: fracción de eyección <45%, o fracción de acortamiento <30%, con una dimensión ventricular <2,7 cm/m² en diástole.

MANEJO

Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad no difiere de aquel que se instaura para toda falla cardíaca, teniendo en cuenta los efectos adversos de los medicamentos sobre el feto cuando el cuadro clínico se presenta durante el embarazo (7,8,9,10)

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad, procedente de Sucre, estudiante, soltera, es interna en Medicina Interna del Hospital Santa Bárbara.

Sin antecedentes patológicos de importancia.

Paciente Ingresa al Servicio de Medicina Interna, transferida del Hospital Gineco-Obstetrico en fecha 26/06/15, con el antecedente de puerperio quirúrgico Cesaria en fecha 21/06/15, 5 días posterior a la cesaria paciente presento edema en extremidades, disnea clase funcional II-III, tos con expectoración, catalogándole en ese momento como sepsis a foco pulmonar y Neumonía Intrahospitalaria. Por lo que deciden su transferencia a Nuestro Hospital. A su ingreso nuestro

hospital, en mal estado general, con signo sintomatología de insuficiencia respiratoria, disneica, taquicardica.

Examen Físico General:

Conciente en posición semifowler, facies descompuesta, piel y mucosas con palidez generalizada.

Signos Vitales:

PA 120/60 mmHg
FC:110x'FR:25x'

Examen Físico Regional:

Aparato Cardiorespiratorio, ruidos cardiaco taquicardicos con R1 con tono e intensidad conservada, R2 desdoblado, con presencia de soplo mitral 2/6

Pulmones con presencia de estertores crepitantes en ambas bases pulmonares

Abdomen: con presencia de gases en herida operatoria, doloroso ala palpación, con ruidos Hidroaereos y peristaltismo positivos.

Extremidades Inferiores con presencia de edema grado III godet (+++).

Diagnóstico de Admisión:

Insuficiencia Respiratoria Aguda

Sepsis a foco Pulmonar por Neumonía Intrahospitalaria

Puerperio Ginecológico Complicado

Miocardopatía Dilatada

Se inicia plan Terapéutico con Oxigenoterapia, Fluidoterapia

de mantenimiento, se solicitan todos los estudios de laboratorio y Gabinete, se procede a realizar hemocultivo y se inicia con antibióticos,Imipenen ,amikacina y metronidazol y se administra furosemida y demás tratamiento sintomático.

Se recoge los laboratorios que reportan:(figura 1-2-3-4)

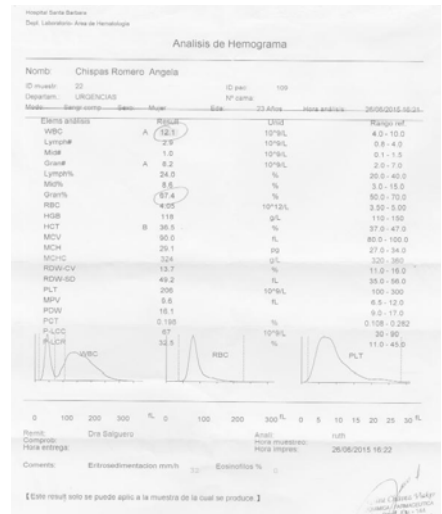


Figura N° 1 Hemograma leucocitosis y anemia leve

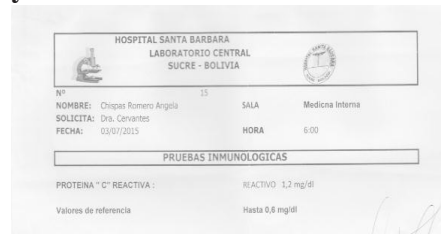


Figura N° 2 PCR Reactivo

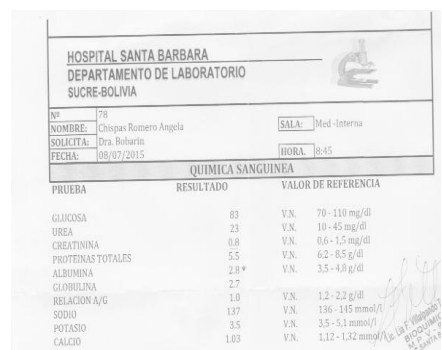


Figura N° 3 Química sanguínea, reporta hipoalbuminemia



Figura N° 4 RX: tórax, se evidencia Cardiomegalia grado IV

Paciente según sus antecedentes patológicos no refería problemas cardiológicos ni pulmonares, tampoco fue diagnosticada de Chagas y la clínica que presentaba como los edemas y la disnea según la paciente era por primera vez. Se solicita serología para Chagas y electrocardiograma. (Figura 5-6)



Figura N° 5 Serología Negativo para Chagas

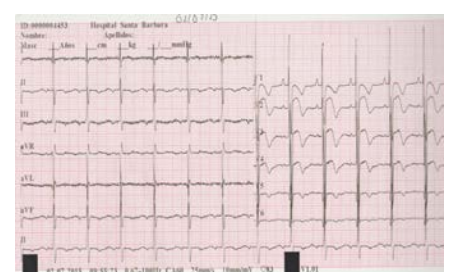


Figura N° 6 ECG: taquicardia sinusal, alteraciones inespecíficas de la repolarización.

Se realiza Interconsulta con el Servicio de Cardiología, el cual solicita Ecocardiograma y se instaura tratamiento como una Insuficiencia cardíaca Descompensada. El Ecocardiograma reporta.(Figura 7-8-9-10).



Figura N° 7 Se aprecian las cavidades ligeramente dilatadas

Hospital "Santa Bárbara" ECOCARDIOGRAMA M. Y BIDIMENSIONAL			
Nombre: <i>Angela Romero</i>	Estudio N°	Fecha: <i>3-03-15</i>	
Edad: <i>23</i>	Sexo: <i>f</i>	Diagnóstico Clínico:	
Médico Solicitante: <i>Dr. Lenny Salguero</i>	O.S.	Et.	U.
Aurícula Izquierda			
Diámetro Diastólico	<i>4,32</i>	(< 40 mm)	
Rece Aurícula			
Diámetro Diastólico	<i>2,80</i>	(< 37 mm)	
Ventriculo Izquierdo			
Diámetro Diastólico	<i>6,84</i>	(< 56 mm)	
Diámetro Sistólico	<i>4,34</i>	(Variable)	
Fración de Acortamiento	<i>3,21</i>	(> 30%)	
Espesor Septal	<i>0,36</i>	(< 12 mm)	
Espesor de Pared Posterior	<i>0,33</i>	(< 12 mm)	
Ventriculo Derecho			
Diámetro Diastólico	<i>3,05</i>	(< 38 mm)	
Válvula Mitral	<i>Insuficiencia mitral</i>		
Excursión DE		(20 a 30 mm)	
Pendiente EF		(> 60 mm)	
Ecograma Tricúspide	<i>Insuficiencia tricúspide funcional</i>		
Ecograma Pulmonar	<i>Normal</i>		
Pericardio	<i>Normal</i>		

Figura N° 8 Informe del Ecocardiograma

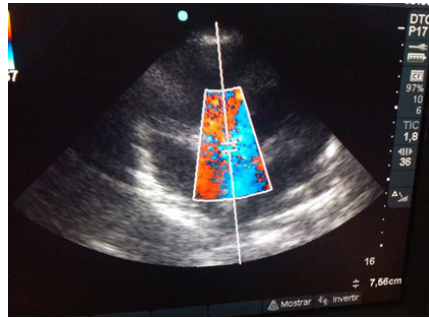


Figura N° 9 Doppler color, donde apreciamos insuficiencia mitral

*Problema: Miocardiopatía dilatada
Vol. aumentado de la cámara izquierda
Insuficiencia de la val. mitral
No se observan cambios en el septo interventricular
Metabolismo global y respiratorio normales.
Flebotomías rutinarias e interconsultas a otros*

Figura N° 10 El ecocardiograma concluye, miocardiopatía dilatada, insuficiencia Mitral, Insuficiencia Tricuspidé funcional y HTP leve

Con todos los estudios se llega al diagnóstico definitivo de: **Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Disfunción Ventricular Moderada Secundaria a Miocardiopatía Periparto, y Sepsis a foco pulmonar y ginecológico en remisión.** Paciente durante su internación fue manejo con medicamentos para su Insuficiencia Cardíaca Descompensada., se recogen los demás estudios los cuales reportan.(Figura 11-12)

HOSPITAL "SANTA BÁRBARA" LABORATORIO CENTRAL SUCRE - BOLIVIA			
N°: 5318	NOMBRE: Chispas Romero Angela	MUESTRA: SANGRE	
SOLICITA: Dr. Loayza	FECHA: 28/06/2015	EXAMEN: SALA	CULTIVO URGENCIAS
EXAMEN MICROBIOLÓGICO			
1° MUESTRA:	En los medios de cultivo empleados para la siembra, no se observó desarrollo de gérmenes hasta las 48 hrs de incubación.		
2° MUESTRA:	En los medios de cultivo empleados para la siembra, no se observó desarrollo de gérmenes hasta las 48 hrs de incubación.		
3° MUESTRA:	En los medios de cultivo empleados para la siembra, no se observó desarrollo de gérmenes hasta las 48 hrs de incubación.		
4° MUESTRA:	En los medios de cultivo empleados para la siembra, no se observó desarrollo de gérmenes hasta las 48 hrs de incubación.		

Figura N° 11 Hemocultivos Negativos

"HOSPITAL "SANTA BÁRBARA" SERVICIO DE ECOGRAFIA SUCRE-BOLIVIA	
NOMBRE Y APELLIDO: CHISPAS ROMERO ANGELA	
EDAD: 23	ECOGRAFIA: GINECOLOGICA
MÉDICO SOLICITANTE: DR. LENY SALGUERO	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: SEPSIS	
FECHA: 28-04-2015	HORA: 15:48
UTERO:	En AVF de 121 x 103 x 64 mm, contornos regulares, paredes homogéneas, bariés definidas; Momento de desarrollo homogéneo, anamniótico no diferenciado, cavidad virtual.
OVARIO DERECHO:	No valorable.
OVARIO IZQUIERDO:	No valorable.
DOWGLAS:	Negativo, OCI abarita.
VELIGA:	Cardíacas regulares, bariés definidos, paredes delgadas, mucosa íntima regular, contenido líquido homogéneo.
CONCLUSIÓN: UTERO PUERPERAL. ANEXOS ADYACENTES NO VALORABLES.	

Figura N° 12 EcografíaGinecológica, Útero Puerperal.

Paciente con evolución Favorable durante sus 14 días de internación, paciente completamente asintomática, con exploración física normal, tolera el decúbito, las pruebas complementarias de analítica y RX reportaron lo siguiente.(Figura 13-14)

Hospital Santa Bárbara Sucre, Laboratorio - Área Hematología					
Análisis de Hemograma					
Nombre:	Chispas Romero Angela	Edad:	23	Sexo:	F
Operación:	Medicina Interna	OP. Clínica:	12	13. Abr. 15	
Muest.:	Sang. Comp.	Etica:	Mayor	13. Abr. 15	Hora analítica: 08:00:00 13.04.15
Resultados					
Medida	Unidad	Resultado	Unidad	Referencia	Observaciones
WBC	10 ⁹ /L	7,4	10 ⁹ /L	4,8 - 10,8	
LYMPH#	%	1,1	%	20,0 - 40,0	
MONO#	%	0,0	%	0,0 - 10,0	
NEUT#	%	98,9	%	50,0 - 70,0	
LYMPH%	%	14,8	%	20,0 - 40,0	
MONO%	%	0,1	%	0,0 - 10,0	
RBC	10 ¹² /L	4,11	10 ¹² /L	3,80 - 5,20	
HGB	g/L	128	g/L	120 - 160	
HCT	%	37,2	%	37,0 - 47,0	
MCV	fL	92,6	fL	86,0 - 106,0	
MCH	pg	30,7	pg	27,0 - 34,0	
MCHC	g/L	333	g/L	320 - 360	
RDW-CV	%	14,2	%	11,0 - 14,0	
RDW-SD	fL	48,4	fL	38,0 - 50,0	
PLT	10 ⁹ /L	134	10 ⁹ /L	150 - 400	
MPV	fL	10,0	fL	8,0 - 12,0	
PCT	%	0,142	%	0,100 - 0,200	
PLC2	%	38	%	30 - 50	
PLC3	%	45,1	%	11,0 - 45,0	

Figura N° 13 Hemograma dentro de lo Normal



Figura N° 14 RX : Cardiomegalia en Resolución

Se da de alta en fecha 10/07/15 con furosemida, e IECA, y controles por consultorio externo de cardiología tras el alta, la paciente está completamente asintomática, con ecografías de control donde no se observa dilatación ventricular, mantiene fracciones de eyección en torno al 50-55%, sin insuficiencia mitral ni hipertensión pulmonar, por lo que se ha ido reduciendo el tratamiento hasta quedar únicamente con IECA.

DISCUSIÓN

Se conoce muy poco acerca de la fisiopatología y del pronóstico de la miocardiopatía periparto (CMPP). Por consiguiente, el conocimiento que el obstetra adquiera de las características semiológicas, de los criterios de diagnóstico, de las intervenciones terapéuticas y de las variables de pronóstico le permitirán el reconocimiento precoz de esta entidad y de su participación activa en el cuidado de la paciente críticamente enferma. La CMPP se define de acuerdo con los criterios

establecidos según El Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos en conjunto con el Departamento de Enfermedades Raras del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos definen los cuatro componentes que se deben cumplir para el diagnóstico de la enfermedad:(4,5,6).

1. Falla cardíaca que se desarrolle durante el último mes y los primeros 5 meses después del parto.
2. Ausencia de otra causa detectable de insuficiencia cardíaca.
3. Ausencia de enfermedad cardíaca antes del último mes del embarazo.
4. Características ecocardiográficas de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: fracción de eyección <45%, o fracción de acortamiento <30%, con una dimensión ventricular <2,7 cm/m² en diástole.

Nuestra paciente cumplió con todos los criterios su cuadro se inició a los 5 días después que le realizaron la cesaría, con disnea, el dolor torácico, tos nocturna, nuevos soplos de insuficiencia, crépitos pulmonares, y edema en miembros inferiores. El electrocardiograma usualmente demuestra ritmo sinusal o una taquicardia sinusal pero también pueden estar presentes las arritmias. También han sido reportadas la hipertrofia ventricular izquierda, las ondas

T invertidas, las ondas Q y los cambios inespecíficos del segmento ST, nuestra paciente presento taquicardia sinusal y alteraciones inespecíficas de la repolarización. Nuestra paciente presentó un cuadro clínico típico de insuficiencia cardíaca congestiva, confirmándose el diagnóstico de CMPP con el ecocardiograma, al principio se pensó que la disnea súbita se atribuye a un cuadro de sepsis por neumonía intrahospitalaria que se descarta posterior a los estudios, aunque por los criterios de gravedad que presento a su ingreso se decidió iniciar con antibióticos de amplio espectro (8,9)

El manejo médico de las pacientes con MCPP es similar al de las otras formas de insuficiencia cardíaca. El tratamiento está dirigido a disminuir la poscarga y la precarga para aumentar la contractilidad. Actualmente, no hay consenso con respecto a las recomendaciones para un embarazo futuro después de la MCPP, pero la función ventricular izquierda es considerada el factor pronóstico más importante y debe ser el principal parámetro cuando se aconseja a las pacientes con MCPP sobre un nuevo embarazo. La consejería sobre la planificación familiar es un aspecto importante después del diagnóstico de MCPP (10,11).

Se requiere valoración ecocardiográfica cada tres a seis meses después del diagnóstico con el fin de valorar su recuperación,

y luego cada año. Las pacientes que no recuperan su fracción de eyección, continuarán su manejo farmacológico en forma crónica y en las pacientes que recuperan su fracción de eyección se podrá realizar una disminución progresiva de su medicamento hasta suspenderlo (11,12).

CONCLUSIÓN

La MCPP es una enfermedad amenazante para la vida por lo cual es esencial su diagnóstico temprano, la terapia para la insuficiencia cardiaca es la piedra angular del manejo y los embarazos futuros deberían ser evitados en las pacientes en quienes no se recupera la fracción de eyección o el diámetro del ventrículo izquierdo.

REFERENCIAS

- Demakis JG, Rahimtoola SH. Peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971;44:964-8.
- Fett JD, Carraway RD, Dowell DL, King ME, Pierre R. Peripartum cardiomyopathy in the Hospital Albert Schweitzer District of Haiti. *Am J ObstetGynecol* 2002;186:1005-10.
- Cenac A, Djibo A. Postpartum cardiac failure in Sudanese-Saharan Africa: clinical prevalence in western Niger. *Am J Trop Med Hyg* 1998;58:319-23.
- Lang CT, King JC. Maternal mortality in the United States. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:517-31.
- Ray P, Murphy GJ, Shutt LE. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth* 2004;93:428-39.
- Sliwa K, Fettes J, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. *Lancet* 2006;368:687-93.
- Arafeh JM, Baird SM. Cardiac disease in pregnancy. *Crit Care Nurs Q* 2006;29:32-52.
- Palmer DG. Peripartum cardiomyopathy. *J Perinat Neonat Nurs* 2006;20:324-32.
- Murali S, Baldisseri MR. Peripartum cardiomyopathy. *Crit Care Med* 2005;33:S340-6.
- Melvin KR, Richardson PJ, Olsen EG, Daly K, Jackson G. Peripartum cardiomyopathy due to myocarditis. *N Engl J Med* 1982;307:731-4.
- Cenac A, Djibo A, Sueur JM, Chaigneau C, Orfila J. Chlamydia infection and peripartum dilated cardiomyopathy in Niger. *Med Trop* 2000;60:137-40.
- Arnould N, Diemunsch P, Raiga J, Brettes JP. Peripartum dilated cardiomyopathies: is there a correlation with sexually transmitted diseases? *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:59-63.

FIBROQUERATOMA DIGITAL ADQUIRIDO EN ESCOLAR PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Roberto Leonardo Pilco Luque

Dermatólogo Pediatra – Estomatólogo, Hospital de Niños "Sor Teresa Huarte Tama" Sucre - Bolivia

Dra. María Luz Agostinelli.

Dermatóloga Pediatra, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Bs. As.-Argentina

Palabras Clave: Fibroqueratoma, tumor en mano, fibroma.

Key Words: Fibrokeratoma, tumor in hand, fibroma.

RESUMEN

El fibroqueratoma digital adquirido descrito por Bart en 1968, es un tumor benigno, infrecuente de tejido conectivo fibroso, de etiología desconocida, único, más frecuente en adultos, con localización preferencial en dedos de las manos, pies y aspecto clínico diverso. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, escolar, que acude a la consulta por presentar tumoración elevada queratósica en palma de mano izquierda, de 4 años de evolución. Sin antecedentes personales ni heredo-familiares de importancia. Se realizó biopsia excisional y patología informó hallazgos compatibles con fibroqueratoma.

ABSTRACT

The digital fibrokeratoma acquired described by Bart in 1968, is a benign tumor, uncommon of connective fibrous tissue, with unknown etiology, more frequent in adults, with preferential localization in fingers of the hands and feet, with diverse clinical aspect, The treatment is surgical.

Case report: patient male, 7 years old, who goes to the doctor because of high tumor keratotic in palm of left hand of 4 years of evolution. No personal history or heredo-familial of importance. Excisional biopsy was performed and pathology reported findings consistent with fibrokeratoma

INTRODUCCIÓN

El fibroqueratoma digital adquirido (FKA) es un tumor

benigno infrecuente de tejido conectivo fibroso, descrito inicialmente por Monocorps y Flare como fibroma en diente de ajo, hasta que Bart et al. en 1968 acuñaron el nombre de FKA, más tarde Pinkus et al. lo denominaron fibroqueratoma acral, por su frecuente localización en las palmas y las plantas.^{1,2,3}

De etiología desconocida, siendo el trauma el factor más predisponente, solitario, más frecuente en adultos (30 a 60 años), de localización acral con preferencia en dedos de

las manos, (por ello el nombre fibroqueratoma digital adquirido), periungueal, cara anterior de pierna o plantas.^{1-4,5} El aspecto clínico del FKA es diverso (tumoración elevada, papular, pedunculado o digitiforme), color de la piel, superficie lisa o queratósica, de pocos mm a 1,5 cm, la base presenta un collarate epidérmico queratósico.¹⁻⁶ Por tanto el diagnóstico diferencial es con verruga viral, cuerno cutáneo, dermatofibroma, tumor de köenen, poroma écrino, dedo supernumerario, fibroma, fibroma digital del lactante.^{7,8,9}

Histológicamente Kint et al. Clasifican al FKA en tres tipos: Tipo I (clásica, más frecuente): lesión cupuliforme fibroepitelial formada por un eje conectivo vascular cubierto por epitelio hiperqueratósico y acantósico. Haces de colágeno gruesos, densos muy apretados entre si y dispuestos en forma paralela al eje vertical, se continúan con el tejido conjuntivo normal subyacente. Mezclados con fibroblastos, fibras elásticas adelgazadas y una red vascular abundante. Tipo II: lesión elevada hiperqueratósica con fibroblastos incrementados entre el eje vertical del tumor y una marcada disminución en las fibras elásticas. Tipo III: lesión plana o elevada con tejido conjuntivo edematoso, presencia de material mucoide, fibras de colágeno escasas delgadas y dispuestas de manera irregular, ausencia de fibras elásticas, hipocelularidad y escasa cantidad de vasos.^{1-3,6,7}

El tratamiento de elección del FKA es la resección quirúrgica (exéresis tipo afeitado o shaving, curetaje, cauterización y criocirugía).^{1-6,10}

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, escolar, que acude a la consulta por presentar tumoración en mano (Figura 1), de 4 años de evolución posterior a herida cortante, sin antecedentes personales ni heredofamiliares de importancia.

Al examen físico presenta una lesión tumoral, exofítica alargada de 1 x 0,3 cm, color piel, superficie lisa, consistencia dura, queratósica, levemente dolorosa en palma de mano izquierda. (Figura 2)



Fig. 1 tumoración tipo cuerno en cara palmar de mano izquierda.



Fig. 2 Observe el collarite hiperqueratósico en la base del tumor.

Estudios complementarios: Hemograma y coagulograma dentro de límites normales; El informe de Ecografía de partes blandas reporto área hipoeoica en el espesor del TCSC de 7,4 x 5,6 mm con diagnóstico presuntivo de granuloma. Se realiza biopsia excisional por shaving + electrocoagulación de la lesión. La muestra se envió a patología que informó: epidermis con marcada acantosis, hiperqueratosis, elongación de crestas interpapilares y dermis con vasos dilatados transversales, aumento de fibras colágenas engrosadas dispuestas en forma irregular. Hallazgos compatibles con fibroqueratoma. (Figura 3)

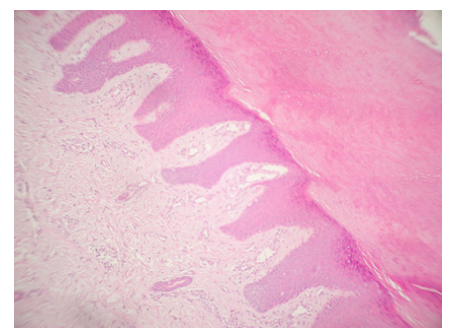


Fig. 3 Dermis con engrosamiento de fibras colágenas dispuestas en forma irregular.

El diagnóstico definitivo clínico patológico fue: fibroquetoma digital adquirido

DISCUSIÓN

Los casos de FKA revisados son de etiología desconocida, sin embargo, se sugiere que los traumatismos locales pueden iniciarlo, más frecuente en dedos de manos y pies de ahí su denominación, nuestro caso pediátrico esta poco reportado, tanto en su forma clínica como su localización que se inicio posterior a una herida cortante que sufrió hace 4 años antes de acudir a la consulta, lesión comparado con el cuerno del rinoceronte o de la vaca.

La presentación clínica diversa hace que el diagnóstico definitivo del FKA sea una correlación clínico-patológica tal cuál nuestro caso.

En nuestro paciente realizamos la biopsia excisional como diagnóstico- tratamiento por ser de pequeño tamaño, sin presentar recidiva.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Autor para correspondencia:
ropilcoluque@gmail.com
rleo20@yahoo.es

BIBLIOGRAFIA

1.-Ali M, Mbaha, CA, Alwadiyaa A, Nur MM, Sunderamoorthyc D. Giant fibrokeratoma, a rare soft tissue tumor presenting like an accessory digit, a case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2015; 10: 187–190

2.- Pegas JR, Cade KV, Kiyomura MY, Sousa AS, Bazzo ILMS, Tebcherani AJ. Fibroqueratoma digital adquirido: a propósito de um caso clínico. Surg Cosmet Dermatol 2012; 4(4):357-9.

3.-Betanzos JA, Castro RI, Salinas C. Fibroqueratoma digital adquirido. Dermatol Pediatr Lat. 2007; 5(1):57-59.

4.-Baykal C, Buyukbabani N, Yazganoglu D, Saglik E. Acquired digital fibrokeratoma. Cutis. 2007; 79(2):129-32.

5.-Kint A, Baran R, De Keyser H. Acquired digital fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol.1985; 12(5 pt 1):816-21.

6.-CunhaFilhoRR. Dermatología comparativa: fibroqueratoma digital adquirido. An Bras Dermatol. 2008; 83(2):173-4.

7.-Frydman AF, Mercer SE, KleinermanR, YanofskyVR, Birge MB. Acquired fibrokeratoma presenting as multiple plantar nodules. DermatolOnline J. 2010; 16(10):5.

8.- Lee DR, Lee JY, Ahn JY, Park MY. A case of acquired digital fibrokeratomaaccompanied by pyogenic granuloma. Dermatol Online J. 2009; 15(1):8.

9.- Choi JH, Jung SY, Chun JS, Seo JK, Le D. Giant Acquired digital fibrokeratomaoccurring on the left great toe. Ann Dermatol. 2011; 23(1):64-6.

10.- Yu D, Morgan RF. Acquired digital fibrokeratoma: a case report.Ann Plast Surg. 2015 Mar; 74(3):304-5.

Historia de la medicina

PLANIFICACION FAMILIAR – HISTORIA – ESTADO ACTUAL

Dr. Carlos E. Pacheco Tapia

Socio del Instituto Médico Sucre

Palabras Clave: Fibroqueratoma, tumor en mano, fibroma.

Key Words: Fibrokeratoma, tumor in hand, fibroma.

INTRODUCCIÓN

La población mundial presenta un crecimiento desproporcionado no tanto por el territorio disponible, sino por factores como la falta de medios alimenticios, la falta de fuentes de trabajo, la desintegración familiar, la violencia permanente en todos los ámbitos, etc. Factores que nos obligan a discutir uno de los medios más eficaces para mejorar el estado de la población mundial como es la PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La migración constante de poblaciones en todo el mundo que buscan territorios adecuados para su supervivencia, la enorme cantidad de niños que trabajan para su subsistencia además de niños abandonados que buscan la mejor manera de sobrevivir apelando la mayoría de las veces a prácticas delincuenciales. Las naciones superpobladas que requieren con urgencia nuevos territorios que están en este momento tratando de conseguir tratados con países más despoblados como el nuestro y un sinnúmero de aspectos que posiblemente definirán el futuro de nuestros hijos.

Todas las naciones están empeñadas en alcanzar un nivel de vida más alto para sus pueblos en síntesis –alimentación adecuada – buena salud – alfabetización – educación y sobre todo en Bolivia empleos y lugares de trabajo, que permitan el desarrollo individual y familiar para toda la población sin discriminación de clases ni de partidos políticos.

El año 1963 el “POPULACION COUNCIL” consejo de población de los Estados Unidos indicaba que hasta el año 2.000 la población mundial llegaría a los 6.000.000.000 millones

y calculaban que el año 2070 llegaría la población mundial a 25 mil millones de habitantes.(1)

Mientras tanto, la población mundial prevista para el 1 de enero, es 7,214,958,996, un incremento de 77,38,246, o 1.08%, desde el día de Año Nuevo de 2014. A nivel mundial los nacimientos serán de 4.3 nacimientos durante enero de 2015 y 1.8 muertes cada segundo.

Esto demuestra que pertenecemos a un grupo mucho más grande del que jamás imaginamos. La humanidad se extiende por segundo y 2015 parece ser un buen año para sumarle más personas a nuestra 'familia extendida'. (2)

HISTORIA

Contracepción en el mundo pre-cristiano del Mediterráneo que pertenece a Egipto en cinco papiros diferentes ubicados en los años 1900 a 1100 a.C. donde se exponen preparaciones para ser aplicadas a la vulva en varias formula Ej. Estiércol pulverizado de cocodrilo en mucilago fermentado, o miel y carbonato de sodio para ser esparcidas en la vulva. En el papiro de Ebers se indica que el embarazo puede ser prevenido mediante una combinación de acacia. Coloquíntida y dátiles mezclados con miel que debía aplicarse en el útero.

La información Judía de la época practica el coitus interruptus. De los pesarios se habla desde épocas remotas donde las ramerías utilizaban un absorbente

para prevenir la concepción. Aristóteles nota que si los bordes de la vagina son suaves la concepción se ve dificultada, cuando se unta la región del útero donde cae el espermatozoides con aceite de cedro, untura de plomo o incienso y aceite de oliva. Dioscórides enumera mezclas de zumo de peppermint o de mosto de cerveza con miel y además se refiere a la aplicación de alumbre en el útero.

Fuera de los papiros conservados por casualidad y de las referencias de los rabinos los más antiguos escritos referentes a información médica son "La naturaleza de la Mujer" y "Enfermedades de la Mujer" obras anónimas de la Escuela de Hipócrates en la quinta centuria a.C.

La Ginecología fue la principal fuente de información anticonceptiva para el Imperio, para los árabes y, a través de estos para la Europa Medieval. Los Árabes fueron los que proporcionaron la información médica sobre la anticoncepción. Desde la primera escuela médica europea la de Salerno en el siglo XI hasta Montpellier en el siglo XII el mundo mahometano es el que proporciono el impulso y los libros para la medicina europea.

Y para terminar la historia quiero mencionarles los cinco procedimientos que están descritos en el libro III descritos donde figuran la "Prevención del Embarazo". (5)

1. Después del coito de siete a nueve saltos hacia atrás por parte de la mujer; también estornudar lo cual "algunas veces" ayuda a transformar el espermatozoides en resbaladizo.
2. Supositorios en la vagina a ser aplicados antes y después del coito, hechos con aceite de cedro; o pulpa de granada y alumbre; o de hojas y semillas de repollo particularmente si están humedecidas en aceite de cedro y menta, o de hojas de sauce llorón mojadas en el jugo de la misma planta; o de pulpa de coliquintida; o de partes iguales de mandrágora fresca, escoria de hierro, hojas de repollo, hojas de escamonea y semillas de repollo mezcladas con cedro.
3. Aceitar el pene con aceite de cedro, aceite balsámico o serusa, un método para ser usado en conjunción con el aceite de cedro como supositorio
4. Supositorios de estiércol de elefante, aplicados después del coito.
5. Una porción de tres pintas de albahaca dulce en agua.

La información histórica es interesante para ver la evolución de la contracepción histórica de lo que siempre ha sido una preocupación de nuestro mundo y donde nos llevara si no se realizan actividades como "LA PLANIFICACION DE LA POBLACION MUNDIAL"

LOS DOGMAS DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES ECLESIASTICAS

IGLESIA CATOLICA:

El único método autorizado: OHINO – KNAUS o método del ritmo.

El método del ritmo consiste en planificar la familia, por medio del control de la ovulación. El ovulo de la mujer procede del ovario, quien madura un ovulo cada mes para enviarlo al útero a la mitad del ciclo listo para la fecundación. Para poder controlar el día en que baja al útero es necesario estar al tanto de las fechas de la menstruación.

Para esto es necesario saber con exactitud el día en que baja el periodo menstrual nombrándolo como día 1 (uno) y contando a partir de este día durante 28 días hasta el nuevo ciclo (periodo normal). Los periodos de más o menos días deben ser considerados tomando en cuenta la mitad del periodo.

De acuerdo al proceso hormonal del organismo de la mujer, la ovulación se produce el día 14 de este ciclo, si es que este día existe una relación sexual existirá casi la seguridad de un embarazo.

Para mejor claridad se expone un gráfico de este procedimiento:

Sangre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	(14)
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Se comprende que durante los días subrayados existe la posibilidad de embarazo por ser este el periodo de ovulación, baja el ovulo el día 14 y tiene vida de 48 hrs. Contando las 12 hrs de vida del espermatozoide masculino son 60 hrs en las que existe posibilidad de embarazo.

IGLESIAS PROTESTANTES

Antes de la década de 1930 todas las ramas cristianas estaban unidas en su firme rechazo a los anticonceptivos. La Conferencia de Lambeth de la Iglesia Anglicana (1930) señala el inicio del fin de la unanimidad, recomendando el uso de anticonceptivos artificiales cuando la abstinencia se estimaba impracticable. Del mismo modo, el Consejo Federal de Iglesias (1931) patrocinaba en forma moderada el uso de métodos del control de la natalidad artificiales. La mayoría de los más importantes ritos protestantes siguieron el ejemplo, y para 1961, el Consejo Nacional de Iglesias asumía una línea de conducta liberal en cuanto al uso de los anticonceptivos, dejándolo sujeto al mutuo consentimiento dentro del ámbito de la pareja.

La Iglesia Ortodoxa Oriental no hace un distintivo moral entre los métodos de control de la natalidad artificiales o naturales. Ellos observan que muchos Padres de la Iglesia, así como los textos de Pablo en el Nuevo Testamento, no limitan la sexualidad a lo estrictamente reproductivo; la posición ortodoxa es que el

sexo también es una expresión del amor dentro de la sociedad conyugal. No se ha hecho ninguna declaración oficial a fin de prohibir los anticonceptivos artificiales, mientras que el aborto, el infanticidio y la esterilización permanente sí han sido condenados. La Iglesia Ortodoxa permite que una pareja casada tome sus propias decisiones en cuanto al uso de anticonceptivos.

IGLESIA ISLAMICA

Existe una oscilación considerable sobre las actitudes hacia la anticoncepción en la fe islámica. El Corán establece: “No mates a tus niños por temor de empobrecerte” (17:31; y 6:151). Los críticos del control de la natalidad argumentan que este precepto puede hacerse extensivo al punto de incluir la prohibición de cualquier método de planeamiento familiar, mientras que los partidarios del control de la natalidad indican que este pasaje se refiere explícitamente al infanticidio, y señalan que no existe tal prohibición contra el control de la natalidad en el Corán. Es más, la literatura Hadiz o Sunna con claridad permite la práctica del interruptus (‘azl), y hay fuentes que indican que el mismo profeta Mahoma practicaba ‘azl (Sunna narrada por Jabir). Aquellos a favor de la anticoncepción argumentan que el control de la natalidad artificial se equipara moralmente a ‘azl y por lo tanto debe ser aceptado. La mayoría

de las tradiciones musulmanas permiten la implementación del control de la natalidad cuando hay involucradas razones de salud o el bienestar de la familia se encuentra afectado; esto proporciona una interpretación de gran flexibilidad y amplitud y se refleja en las vastas diferencias de criterio sobre planificación familiar de los distintos grupos y países musulmanes. A pesar de los diversos modos de ver, se mantiene el énfasis sobre la procreación en el seno familiar como obligación religiosa. Existe un rechazo unánime a la esterilización y el aborto.

HINDUISMO

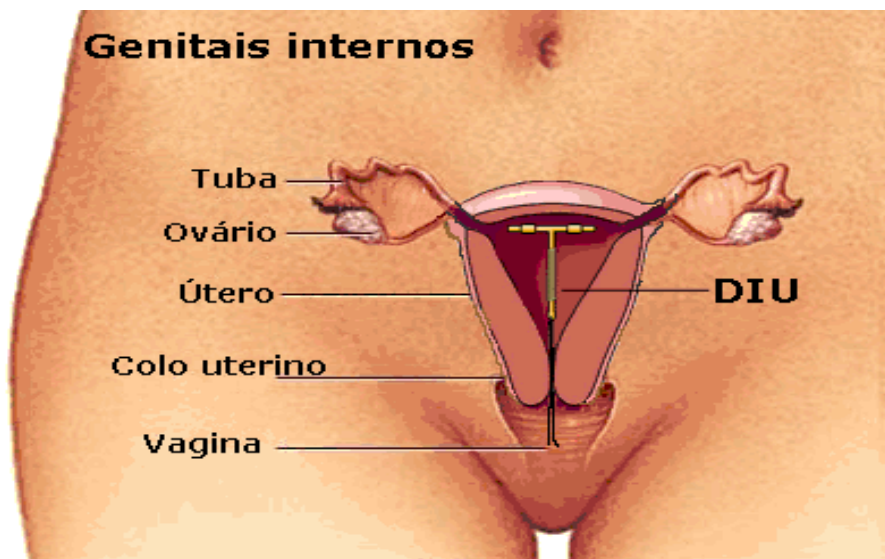
El hinduismo fomenta activamente la procreación fructífera dentro del matrimonio pero no existe prohibición contra el control de la natalidad en esta religión. Los Upanisads describen un método de control de natalidad (UpanisadBrihadâranyaka) y en los Shastras se recomienda la abstinencia temporaria, mientras que se desaprueba el aborto. Aún así, existe una variada gama de pareceres sobre la anticoncepción en los estudiosos hindúes: Gandhi era partidario del control de la natalidad cimentado en la

abstinencia y sin echar mano a medios artificiales, mientras que Radhakrishnan y Tagore, en la otra punta, promovían el empleo de métodos artificiales. India fue la primera nación en establecer una estrategia gubernamental de población basada en medidas del control de la natalidad. (5)

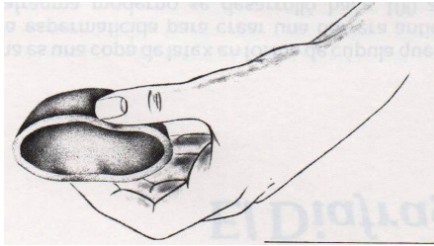
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los métodos de planificación en nuestra época son muy variados y el siguiente resumen nos da una idea de lo que el médico debe saber para planificar la familia cuando solicitan sus pacientes.

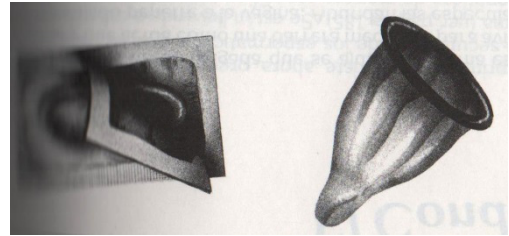
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS



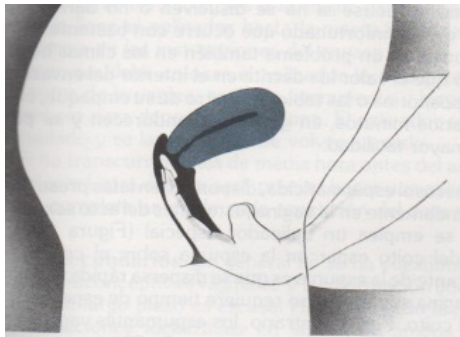
METODOS EXTERNOS



DIAFRAGMA

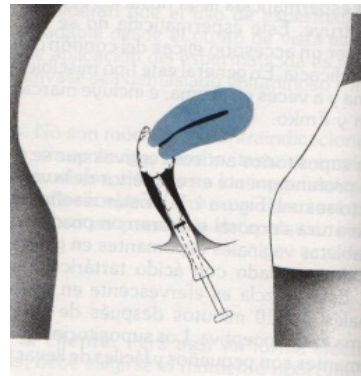


CONDÓN



(3)

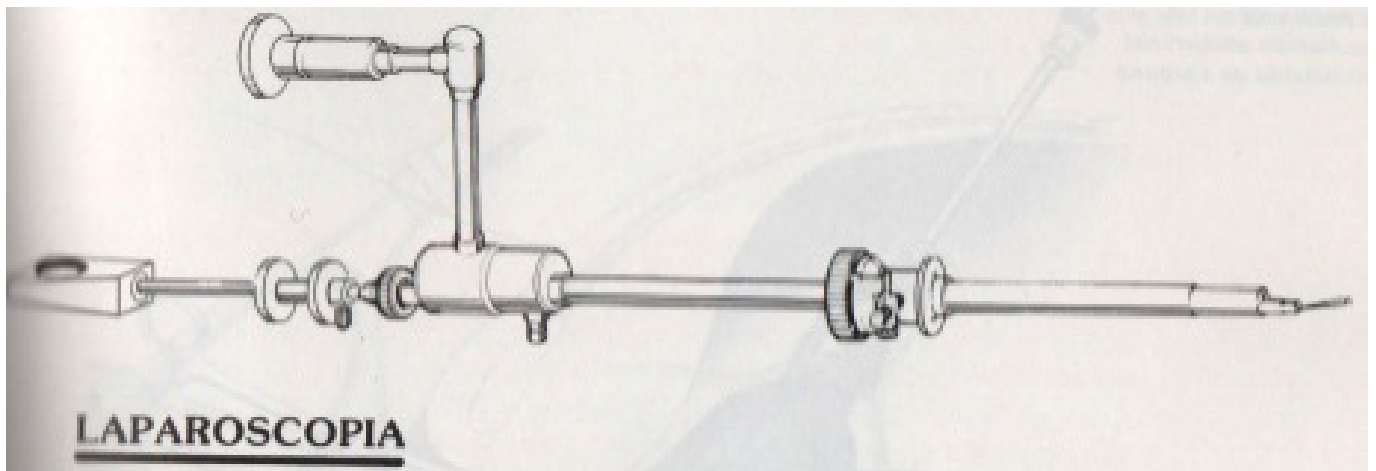
SUPOSITARIOS VAGINALES

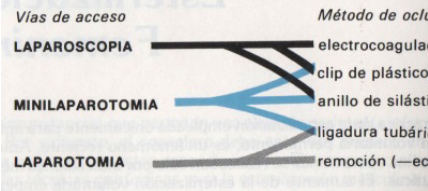
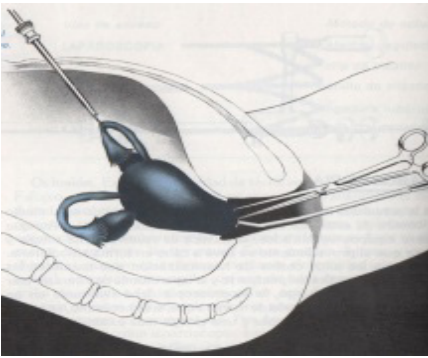


CREMA ESPERMATIZADA

ESTERILIZACIÓN PERMANENTE

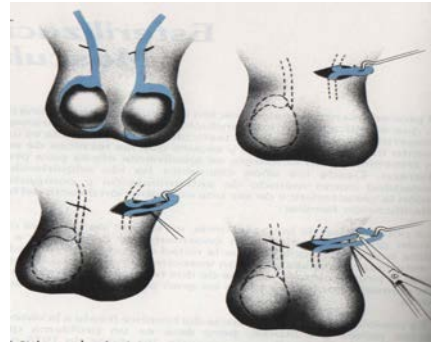
FEMENINA





LIGADURA DE TROMPAS - LAPAROSCOPIA(8)

MASCULINA



(9)

ESTA DIRIGIDA A HOMBRES QUE NO QUIEREN TENER HIJOS
CIES promueve en Sucre campaña de vasectomía

Los interesados deben acudir al Centro de Inseminación Artificial (CIES) ubicado en el Hospital Regional de Sucre.

El Centro de Inseminación Artificial (CIES) promueve una campaña de vasectomía en el Hospital Regional de Sucre. Este procedimiento es reversible y no afecta la salud del hombre.

El CIES promueve una campaña de vasectomía en el Hospital Regional de Sucre. Este procedimiento es reversible y no afecta la salud del hombre.

El CIES promueve una campaña de vasectomía en el Hospital Regional de Sucre. Este procedimiento es reversible y no afecta la salud del hombre.

(13)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES

- PÍLDORA ANTICONCEPTIVA, MINI-PÍLDORA, PÍLDORA POSTCOITAL, ANILLO VAGINAL, PARCHÉ ANTICONCEPTIVO, INYECCIÓN HORMONAL (MENSUAL O TRIMESTRAL), IMPLANTE SUBCUTÁNEO, DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) (DE COBRE Y DE LIBERACIÓN HORMONAL), PRESERVATIVO MASCULINO Y PRESERVATIVO FEMENINO, LIGADURA DE TROMPAS, OBSTRUCCIÓN TUBÁRICA -MÉTODO ESSURE- Y VASECTOMÍA)

(4)

CÓMO ACTÚA LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE

PRIMER Y SEGUNDO EFECTO
 No permite la unión del óvulo y el espermatozoide.

TERCER EFECTO
 Interrumpe la implantación en el útero del óvulo ya fecundado.

El óvulo es fecundado por el espermatozoide y se implanta en el útero (entre los días 2 a 7 días). El TC habla de vida desde la fecundación. Colectivos femeninos consideran que hay vida a partir de la amisión del óvulo fecundado en el útero.

(5)

MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN NATURAL

Los dos métodos más populares de Planificación Natural de la Familia son el MÉTODO SINTO-TÉRMICO Y EL MÉTODO DE LA OVULACIÓN. (12)

Estos métodos de Planificación Natural hacen posible que una pareja pueda identificar los periodos fértiles e infértiles de la esposa. Las parejas que desean tener hijos tienen relaciones sexuales en los periodos fértiles. Las parejas que quieren, por razones graves, evitar o espaciar los hijos, tienen relaciones sexuales solamente durante los periodos infértiles y evitan el contacto genital durante los periodos fértiles. Ambos métodos son muy superiores al antiguo método del ritmo, que dependía solamente de la historia de ciclos pasados.

El Método Sinto-Térmico toma en cuenta los cambios en la mucosidad cervical de la mujer, y los cambios en su temperatura base; algunas mujeres que usan este método también incluyen la observación de cambios físicos en la cerviz (ensachamiento, "estrechez, etc.). Estos signos se cotejan mutuamente para determinar los diferentes periodos de fertilidad e infertilidad. Este método también es conocido como el método Billings. El método de la Ovulación sólo toma en cuenta la variación de la mucosidad.

El método sintotérmico (MST) constituye una forma de regular la natalidad basándose en el conocimiento científico y experimental del ciclo, mediante la observación de signos y síntomas que tienen lugar durante el ciclo menstrual. Cuando las mujeres siguen el método sintotérmico usan más de un método de observación de la fertilidad al mismo tiempo entre estos métodos pueden incluirse los siguientes:

Método de la temperatura.

Método del moco cervical.

Método del calendario.

Los métodos del pasado se basaban en cálculos estadísticos, como el Método del Ritmo también llamado Método de OginoKnauss, el cual posee un margen de ineficacia bastante elevado; en los métodos modernos, en particular el que nos ocupa, se determina la fase fértil siempre en el ciclo actual, mediante auto observación e interpretación metódica de los cambios cíclicos, principalmente de la secreción del moco cervical y de la temperatura basal corporal. El MST, entonces, es una conjunción o complementación entre el Método de la Temperatura y el Método Billings, aunque existen otros síntomas de utilidad en muchas mujeres, como la

Autoexploración cervical.

La OMS ha reconocido el método sintotérmico como un método

anticonceptivo con una eficacia de un 98% (análoga a la de la píldora anticonceptiva). Desde 2006, la Fundación Symptotherm (Suiza) ha investigado la manera de combinar la tecnología de los teléfonos móviles con la observación manual para optimizar el método, para una máxima comodidad y una optimización de la determinación de días fértiles.

(eliminar los "falsos días infértiles" y minimizar los "falsos días fértiles"). Esta fundación ha acuñado un nuevo término, la "sintotermia", que se refiere al hecho de que el aprendizaje del método sintotérmico alcanza aspectos tan amplios de la vida de la mujer y la pareja que llega a ser casi un modo de vida.

Se considera el más fiable entre los métodos de planificación familiar natural, ya que la observación de varias manifestaciones o síntomas permite precisar con mayor exactitud cuándo tienen lugar las fases fértil y no fértil.

Su eficacia es muy elevada, aunque depende del cuidado de la pareja y exige periodos de abstinencia sexual siempre y cuando la intención no sea obtener un embarazo.

APRENDIZAJE DEL METODO

El aprendizaje consistente requiere del acompañamiento de un monitor acreditado, ya sea amateur o universitario. No es aconsejable aplicar normas de manual o de Internet por cuenta

propia, porque cada mujer tiene sus propias particularidades cíclicas. En la actualidad, muchos profesionales han optado por aprender y enseñar el MST a sus pacientes o a otros profesionales. Es preciso que el instructor elegido haya realizado una especialización de grado o post grado en el MST.

Son necesarios como mínimo entre dos y tres ciclos acompañados por un instructor o monitor acreditado a fin de aprender de manera adecuada el MST para su uso dentro de la pareja; posteriormente, dependiendo de la escuela, es posible que en distintas circunstancias de su vida fértil, como la lactancia y la premenopausia, cada mujer requiera nuevamente del acompañamiento de un profesional del método. (12)

DIA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN (13)

El día 11 de Julio ha sido declarado día mundial de la población y es de suma urgencia que la sociedad humana debe encarar la limitación del ritmo exponencial al que crece la población en todo el mundo.

Los gobiernos del mundo, los organismos internacionales, y todas las instituciones relacionadas con el bien de la sociedad tienen que encarar la disminución de la población mundial para favorecer la vida y el futuro de las próximas generaciones.

“Es oportuno recordar al respecto que el Papa Francisco, cuyas palabras han adquirido durante los últimos tiempos una inusitada importancia orientadora no solo para esa porción de la sociedad humana que comparte la fe católica sino incluso para quienes profesan otras creencias u optan por el escepticismo en materia religiosa, ha incorporado la reproducción humana entre los temas que abordan sus mensajes. Ha afirmado que los expertos en población recomiendan tres hijos por familia, y con la franqueza que lo caracteriza ha exhortado a optar por la planificación familiar. Eldice ”Hay quien piensa y disculpen mi expresión ahora que para ser buenos católicos tenemos que ser como conejitos. NO, la paternidad es ser responsables, eso esta claro” (Editorial Correo del Sur).

BIBLIOGRAFIA

1. CONTRACEPCIÓN John T. Noonan, Jr. 2da Edición 1967
2. EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL ThePopulation Council 1967
3. MANUAL DE ANTICONCEPCIÓN PARA PERSONAL DE SALUD Cedric W. Porter, Jr. Ronald S. WaifeHugh R. Holtrop The Pathfinder Fund 2nda Edición 1984
4. LA PILDORA Dr. Robert W. Kistner Editorial Diana Mexico 1971
5. TEXTBOOK OF CONTRACEPTIVE PRACTICE John Peel and Malcolm Potts Cambridge University Press
6. FAMILIA Y SEXUALIDAD EN BOLIVIA Bibliografía Anotada Ministerio de Planeamiento y Coordinación
7. NEW TRENDS IN FEMALE STERILIZACION Dirk A.F. van Lith Louis G. Keith Eylard V. van Hall Year Book Medical Publishers Inc. 1983
8. LAPAROSCOPIA – LIGADURA DE TROMPAS – HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE - POTOSÍ
9. FAMILY PLANING MANAGEMENT TERMS A Pocket Glossary in Three Languages Janice Miller Claire Bahamon - Management Sciences for Health 1995
10. MANUAL DE CONSEJERIA NORPLANT Implantes subdermicos anticonceptivos ThePopulation Council
11. CONGRESO BOLIVIANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Oruro Bolivia 1991 PLANIFICACION VERSUS
12. ABROTO ILEGAL Ruth Maldonado Ballon 1991 METODO SINTOTERMICO Wiquipedia la enciclopedia libre Internet.
13. CIES PROMUEVE EN SUCRE CAMPAÑA DE VASECTOMIA – DIA MUNDIAL DE LA POBLACION Correo del Sur

Miscelanea

IMÁGENES INUSUALES DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL

Dr. Amadeo Condori Aguilar

Cirujano Pediatra- Hospital de Niños "Sor Teresa Huarte Tama", Sucre.

Dr. Marco Antonio Condori Amurrio

Residente Becario, Cirugía Infantil – Hospital "Ricardo Gutiérrez" Bs.As. Argentina.

Gastrosquisis y Onfalocele, dos del recién nacido vivo que lleva a tratamiento y pronóstico de los defectos congénitos más confusión siendo de importancia respectivo. comunes de la pared abdominal distinguirlos, para su asistencia,

GASTROSQUISIS	ONFALOCELE
<ul style="list-style-type: none"> • Defecto de la pared abdominal lateral cordón umbilical intacto. • Defecto pequeño casi siempre menor a 4 cm. • El contenido abdominal flota con libertad dentro de la cavidad amniótica • No existe saco peritoneal que cubra el intestino quedando en contacto con el líquido amniótico. • Serositis intensa y condensación (intestino engrosado, edematoso y apelonado). • Se evisceran con más frecuencia estomago, intestino delgado y grueso es raro que afecte hígado • No tiene lugar la rotación y fijación intestinales normales • Pocas malformaciones asociadas • Se piensa que es el resultado de un accidente vascular durante la embriogénesis. • El cordón umbilical entra a la pared por el lado izquierdo del defecto aponeurótico. • El defecto pequeño predispone a atresia, estenosis y vólvulo de intestino medio 	<ul style="list-style-type: none"> • Defecto central del anillo umbilical a través del cual se hernian el intestino y otras vísceras abdominales • Varían de tamaño y complejidad. • El contenido está cubierto por una membrana (capa interna de peritoneo, capa externa de amnios y en ocasiones se encuentra jalea de Warton) • Las vísceras no toman contacto con el líquido amniótico. • Con saco integro, no serositis ni condensación. • Onfaloceles gigantes evisceran hasta el hígado. • Es común que se relacione con otros defectos de la línea media como los que afectan el esternón, diafragma, y corazón. • Se asocia con mayor número de malformaciones tipo extrofia de vejiga, cloaca pentalogia de Cantrell, síndrome de Beekwith Widemann. • Falta de la migración y fusión de los pliegues embrionarios de la pared abdominal. • Inserción del cordón umbilical se halla en la parte superior del saco del onfalocele • En menor proporción el vólvulo de intestino medio.



Fig. 1



Fig. 2

COMENTARIO

El tratamiento de los recién nacidos con defectos de la pared abdominal han mejorado en gran medida, gracias a que se cuenta con hospitales de tercer nivel, con unidades de cuidados intensivos, cirujanos infantiles, los progresos en el manejo de la anestesia pediátrica y nutrición parenteral. Se debe iniciar con la estabilización de los pacientes en

estado hidroelectrolítico, función respiratoria, y mantenimiento de la temperatura aspectos básicos a tomar muy en cuenta para minimizar la morbilidad y mortalidad en los pacientes que no presentan otras anomalías asociadas.

BIBLIOGRAFIA.

1. Meller, Janet L. MD.
Reyes, Hernan M. MD.

Loeff, Deborah S. MD.
Gastrosquisis y Onfalocele. Clínicas Perinatológicas de Norte América. Vol 1. 1989; 125 135.

2. Gaines, Barbara A. MD.
Holcomb III, George W. MD.
Neblett III, Wallace W. MD.
Gastrosquisis y Onfalocele. Cirugía Pediátrica Ashcraft. tercera edición 2002; 673 – 683.

Personaje del pasado

TRAS LAS HUELLAS DE GERMÁN OROZCO PADILLA PRIMER PATÓLOGO BOLIVIANO Y CHUQUISAQUEÑO

Dr. Mario G. Padilla E.

Miembro Activo del Instituto Médico "Sucre"

Ex Catedrático de Patología de la Facultad de Medicina

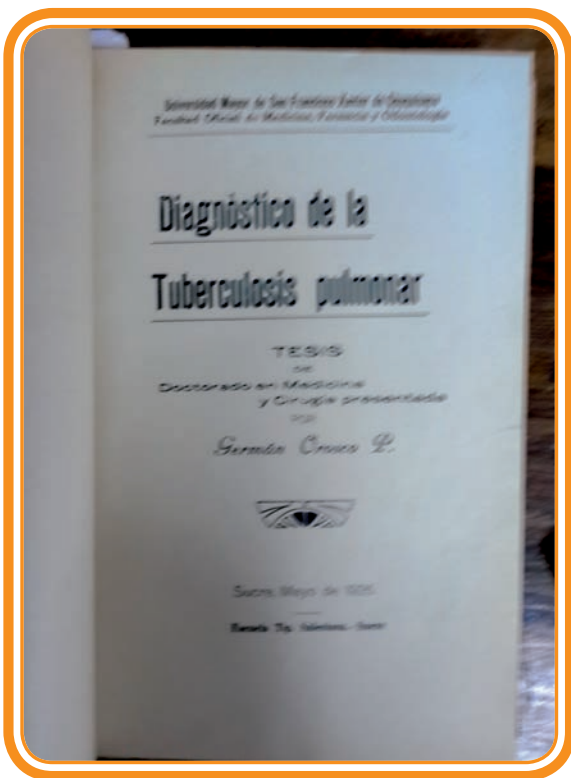
Palabras Clave: Historia de la Medicina. Historia de la Patología de Bolivia

Key Words: History of Medicine. History of Pathology Bolivia



INTRODUCCIÓN.- Si vamos retrocediendo en el tiempo veremos que por las instituciones médicas, ya sea dentro de la enseñanza universitaria o el trabajo en los medios hospitalarios han ido pasando médicos ilustres y personajes notables que han dedicado toda una vida a sembrar conocimiento en las mente de muchas generaciones, así como también han demostrado paciencia y sabiduría para aliviar el dolor del enfermo y a llevar el consuelo al entorno familiar, muchas veces con la satisfacción del deber cumplido. Aquí también hay que destacar la pasión de muchos médicos por dejar para la posteridad en forma escrita, sin reticencias su gran experiencia dentro de la práctica clínica o quirúrgica diaria, aportando y enriqueciendo la medicina regional, o reciclando en publicaciones médicas los progresos científicos observados en el exterior durante sus años de especialización, o asistencia a congresos nacionales y extranjeros de la especialidad, sea también aportando con nuevas técnicas o aparatos científicos, a fin de elevar la medicina nacional al nivel de los adelantos del exterior.

Muchos de estos médicos han recibido el reconocimiento merecido por las autoridades o instituciones científicas pasando su nombre, imagen, obras y trabajo hasta nuestros días, constituyendo ejemplos dignos de admiración. Sin embargo, también han existido médicos y maestros destacados en nuestro medio, que deberían haber sido reconocidos en vida por su dedicación al servicio de sus semejantes, muchos han pasado desapercibidos, o han caído por el tiempo transcurrido en el olvido. A uno de estos personajes que fue un destacado médico especialista, intelectual, que dejó muchas "huellas en su camino", que si bien durante su vida activa fue comprendido y admirado, queremos sacarlo del fondo del olvido para conocimiento de las generaciones presentes y futuras. Se trata del Dr. Germán Orosco Padilla.



EL MÉDICO NOVEL.- Uno de los médicos especialista que aparece en el advenimiento del desarrollo en la disciplina de Anatomía Patológica, hoy más conocida simplemente como Patología, es el Dr. Germán Orosco Padilla, que debe ser considerado como el primer especialista en esta disciplina de Bolivia y Chuquisaca, que vio la

luz en la ciudad de Sucre en 1896. Con estudios secundarios en el Colegio Nacional "Junín".

Habiendo concluido sus estudios médicos presento su Tesis para obtener el Título de Doctor en Medicina y Cirugía titulada "Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar", presentada en mayo de 1926. Aborda extensamente esta enfermedad en todos sus aspectos: epidemiológicos, clínicos, semiológicos, métodos complementarios, inoculaciones complementarias, diagnósticos, terminando con la presentación de los casos clínicos observados en el Hospital de "Santa Bárbara", formas de tratamientos existentes y complicaciones. (1)

Recién titulado, es seleccionado para desempeñar funciones universitarias dentro de la docencia, así, el **10 de enero de 1927**, el Decano de Medicina Dr. José Ma. Araujo, eleva ternas al Sr. Rector de la Universidad de Chuquisaca mediante el Consejo de Profesores de la Facultad para la designación de profesores de medicina y jefes de clínica, dentro de estos últimos sugiere el nombre del Dr. Germán Orosco P. De esta manera inicia tempranamente sus inquietudes y actividades docentes, que por cierto serán cortas, sin embargo le marcarán el camino que no abandonará.

En el año de **1927**, viaja a la Buenos Aires porque así lo demuestra la publicación que envía desde Buenos Aires sobre la enseñanza de la Patología, fechada el **17 de septiembre de 1927**. En este año la materia de Anatomía Patológica e Histología en la Facultad de Medicina de Chuquisaca era dictada interinamente por el Dr. José Mostajo, así lo demuestra una comunicación fechada en **6 de septiembre de 1927** elevada por el Decano de Medicina al Rector de la Universidad. (4)

ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN.- El Dr. Germán Orosco Padilla, probablemente es uno de los primeros médicos chuquisaqueños que asiste a los servicios anatomía patológica del exterior, como es la metrópoli de Buenos Aires (Argentina), impresionándose por la gran importancia que adquiere esta materia dentro del campo médico,

con una relación íntima con la clínica médica y quirúrgica. Orosco asiste al Instituto de Anatomía Patológica dirigido por el maestro Dr. Joaquín Llambias, fundado por el Dr. Telémaco Susini, que siendo éste profesor titular de la Cátedra "Estudios Anatomopatológicos", convirtió a esta Cátedra en Instituto de Anatomía Patológica, más conocido como "Instituto Susini" donde se realizan las autopsias de los fallecidos en el Hospital Nacional de Clínicas y se practican estudios de biopsias requeridas por diversos hospitales y describe en detalle la forma de la enseñanza que se imparte en el tercer año de la Facultad de Medicina, tanto en las clases magistrales de tipo teórico, como las prácticas que comprende 3 secciones: Macroscopía, Microscopía y Autopsias. En este último caso termina destacando la importancia de la correlación e interpretación de los hallazgos patológicos con la sintomatología del paciente. Posteriormente veremos que esta forma de trabajo, estudio y organización es la base para la creación de un Servicio de Anatomía Patológica en Sucre que funciona en el Hospital "Santa Bárbara", dependiente de la Universidad. (2)

Durante sus estudios en la ciudad de Buenos Aires, es considerado un corresponsal de la Universidad de Chuquisaca, con la prometedora idea de solicitar artículos médicos a los más destacados facultativos. Y

uno de los ellos es el suyo propio, un trabajo de investigación que presenta a la Sociedad de Biología Argentina, dedicado a la Universidad de Chuquisaca titulado: "Schwanoma del Nervio Auditivo", que está publicado en la Revista de la Universidad de Chuquisaca. Menciona que el referido artículo se ha realizado bajo la guía de su maestro Dr. Joaquín Llambias, acerca de un caso de tumor cerebral, hallazgo de autopsia, observado en el Instituto de Anatomía y Fisiología Patológicas, ubicado en el ángulo pontocerebeloso en relación con el tronco del nervio auditivo adherido por un delgado pedículo, un pequeño tumor (de una avellana), describiendo su exacta localización, su aspecto macroscópico y los aspectos histológicos, en este último nos muestra, el interés que despierta en el autor, pues además de la tinción universal hematoxilina-eosina, realiza tinciones especiales, de Van Giesson, impregnación argéntica, hematoxilina ácido fosfotúngstica de Mallory y Spielmayer, describiendo en cada tinción los aspectos histológicos celulares y del estroma (tejido de sostén), finalizando su exposición con aspectos diferenciales con otros tumores y con su histogénesis a partir de las células de Schwann de las fibras nerviosas, concepto que hasta la actualidad es aceptado.

Orosco rubrica este su trabajo como Prosector del Instituto de Anatomía y Fisiología Patológicas

de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Este trabajo tiene la fecha de publicación el **4 de marzo de 1928**, época en la que se encontraba en la Metrópoli. (3)

EL REGRESO DEL MÉDICO.- El **18 de enero de 1929**, el Decano de Medicina, hace saber al Rectorado que se encuentra incompleta el cuerpo docente de Medicina desde mediados del año 1927, y que ha recibido la aceptación de los profesionales de la ciudad, para cooperar a la enseñanza, habiendo confirmado su aceptación los Doctores Ezequiel Osorio, David Osio y José Mostajo y pide el nombramiento provisional de los mismos. Y al mismo tiempo, le comunica "que el Dr. Orosco hace estudios de especialización en Buenos Aires, debe restituirse pronto a esta ciudad para ocupar el cargo de su especialidad". Que por razones de necesidad no se han confeccionado y elevado las ternas respectivas reglamentarias, conforme "estatuye el Decreto Supremo de 10 de diciembre de 1922".

El **14 de septiembre de 1929**, el Decano de Medicina, Dr. Armando Solares A. hace conocer al Rectorado el tiempo de práctica profesional y docencia de los profesores de Medicina, y según los libros de registros, informando entre ellos al Dr. Orosco, médico desde 1926 y **profesor desde enero o febrero de 1929**. Significando que Osorio realizó sus estudios de especialización en Buenos Aires

durante **2 años (1927 y 1928)** y que empezó sus funciones docentes y de especialista anatomopatólogo desde **enero de 1929**, probablemente **retornó a Sucre en diciembre de 1928 o principios de enero de 1929**.

El **8 de octubre de 1929**, estando en plena actividad de sus funciones docente recibe una solicitud del Señor Rector, nombrándolo Delegado del Gobierno para que asista a los exámenes de los alumnos de la Escuela Nacional de Maestros, el mismo se excusa justificando tener que está en exámenes de grado como miembro del Segundo Tribunal y no quisiera "trastornar la prosecución" de los cursos que dicta en Medicina. No se menciona que asignaturas tendría que recibir y que son de su conocimiento, lo que demuestra que tenía una amplia preparación curricular. (4)

En **1929 como un homenaje al 6 de agosto**, dicta una Conferencia pública sobre el tema "La Tuberculosis y la lucha antituberculosa". La enfermedad ya es identifica clínicamente, pero lo que le preocupa es su forma de contagio, evolución y complicaciones; por lo tanto la misma no solo tiene que ser del conocimiento de los médicos sino también de la sociedad, para su prevención y control, porque en aquella época como en la actual es invalidante y un problema público, más aún, sino existía todavía un tratamiento específico, mostrando con crudeza la

enfermedad y la preocupación que deben tener las Autoridades Sanitarias, puesto que están en riesgo de contraer la enfermedad los obreros que trabajan en las galerías mineras, que viven en condiciones precarias y de hacinamiento, los campesinos que llegan a la ciudad, los soldados que cumplen con su servicio militar, y en general insiste que es una enfermedad de la pobreza, pero que no respeta a ninguna clase social. Y también los médicos y personal de apoyo que trabaja en los hospitales. (5)

Su amplia disertación engloba causas, diagnóstico clínico y consejos higiénico-dietéticos para el tratamiento de la enfermedad y normas para las autoridades sanitarias para la lucha antituberculosa.

ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO ANATOMÍA PATOLÓGICA.-

Germán Orosco, a su retorno de sus estudios de especialización, trae muchas inquietudes, especialmente de poner en práctica todo lo que vio y aprendió en el Hospital de Buenos Aires, pasando por la Cátedra de Anatomía Patológica y anfiteatros. Felizmente encuentra apoyo y comprensión dentro de la Planta Docente de la Facultad de Medicina y de los médicos del Hospital "Santa Bárbara".

En el **año de 1929 está en funciones el denominado Instituto de Anatomía Patológica**, dependiente de la Facultad de Medicina de la

Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, en los ambientes del Hospital de "Santa Bárbara". Prácticamente no se puede determinar el día de su inauguración o fundación porque el trabajo y organización surgen paulatinamente con la preparación y acondicionamiento de sus ambientes, la adquisición de materiales, reactivos, micrótomos, microscopios que siempre son de obtención lenta y problemática, especialmente, cuando no son fabricados o producidos en el país en aquel tiempo y en la mayoría provienen del exterior. Sin olvidar previamente que debe existir un personal previamente calificado y preparado, como son los técnicos de laboratorio y los prodisectores.

El personal que empezó a desarrollar sus funciones estaba dirigido por el Dr. Germán Orosco P, como Director, colaborado por el Prosector Alejandro Téllez, alumno del sexto año de Medicina y los Practicantes Alfredo Quiroga y Francisco Ampuero, alumnos del quinto y tercer año respectivamente.

La enseñanza de la Anatomía Patológica se dictaba en el 4º año, fue diseñada siguiendo los programas traídos desde la Argentina.

Es así que el Instituto de Anatomía Patológica, dependiente de la Facultad de Medicina, y de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, como dice Orosco **"fue fundado en**

el año de 1929 bajo los mejores auspicios del cuerpo docente de la Facultad de Medicina". Por tanto este Instituto es una de las más antiguas y beneméritas de la Universidad, que ha venido prestando sus servicios en forma continua sin pausa, en el diagnóstico anatópatológico de biopsias, piezas operatorias, estudios citológicos, etc. no solamente de los enfermos internos y de consulta que acuden al Hospital "Santa Bárbara", sino también de la sociedad en general. Pero su función más importante ha sido y es, la docencia universitaria, de enseñanza aprendizaje. Donde los alumnos aprenden las lesiones patológicas que producen las enfermedades a simple vista y al microscopio, así como el trabajo que desarrolla un Servicio de Patología; aún más, los médicos del hospital asisten a la comprobación de diagnóstico final que produjo la muerte de un enfermo, por consiguiente llena el objetivo de mejorar la atención y tratamiento del paciente y elevando el prestigio del Hospital. (6).

En la actualidad en el Instituto de Anatomía Patológica trabajan especialistas en la materia con el apoyo de profesionales en técnicas de laboratorio. Se imparte enseñanza de la materia de Patología a los alumnos del 3er curso de la Facultad de Medicina y Patología General Especial a los alumnos del 2º años de la Facultad de Odontología. Además los estudiantes del 5º semestre

de Laboratorio Clínico realizan su internado aprendiendo las distintas técnicas de Laboratorio. Y lo más destacable actualmente se viene preparando y capacitando especialistas en Anatomía con una duración de 3 años.

Ultimamente, Autoridades Universitarias presididas por el Sr. Rector de la Universidad Ing. Walter Arízaga, el 4 de abril del año (2014) han entregado al Instituto de Anatomía Patológica equipos de última generación como ser:

1. Tres computadoras con sus impresoras conectadas con una red internacional del sistema universitario.
2. Una campana de flujo laminar para filtrar y eliminar los gases tóxicos de los reactivos químicos en el procesamiento y manipulación de los procesos técnicos.
3. Una estufa para el procesamiento histo y citológico.
4. Un microscopio "Olimpus B x 43". Tipo Tilting para diagnóstico.
5. Un equipo con sistema de microfotografía con cámara incluida "DP26 Olimpus" que filma y obtiene fotos microscópicas, con capacidad para realizar conferencias con imágenes microscópicas y comunicaciones interuniversitarias.

6. Un Sistema de Cabezal Múltiple para visión simultánea de 5 personas que se acoplan al microscopio y al sistema microfotográfico. (7)

SU INGRESO AL INSTITUTO MÉDICO.- El *18 de enero de 1930* "en una sesión extraordinaria del Instituto Médico "Sucre" son recibidos como socios de número los distinguidos profesionales doctores: David Osio, Julio C. Fortún, Raúl Fernández de Córdova y Germán Orosco, catedráticos de la Facultad de Medicina de Sucre.

Orosco presenta su trabajo de ingreso a esta Institución titulado: "El Cáncer en el momento actual". Que en realidad es un comentario al discurso de ingreso del Dr. Ricardo Horno Alcorta a la Real Academia de Medicina de Zaragoza (España) titulado: "El cáncer en el momento actual" que presentó el 27 de octubre de 1929.

Osorio demostró un interés por el conocimiento del cáncer porque dentro de la práctica del laboratorio mediante el estudio de las piezas patológicas, quirúrgicas y biopsias era una enfermedad que se diagnosticaba con frecuencia y sabía que su origen, evolución y tratamiento eran inciertos. Y revisa en forma exhaustiva el extenso artículo publicado del Dr. Horno Alcorta acerca de los conocimientos que se tenían sobre este flagelo de la humanidad, que hasta ahora, a pesar de las múltiples

investigaciones en aquel tiempo y en los actuales siguen existiendo muchas incógnitas sobre la enfermedad. (8)

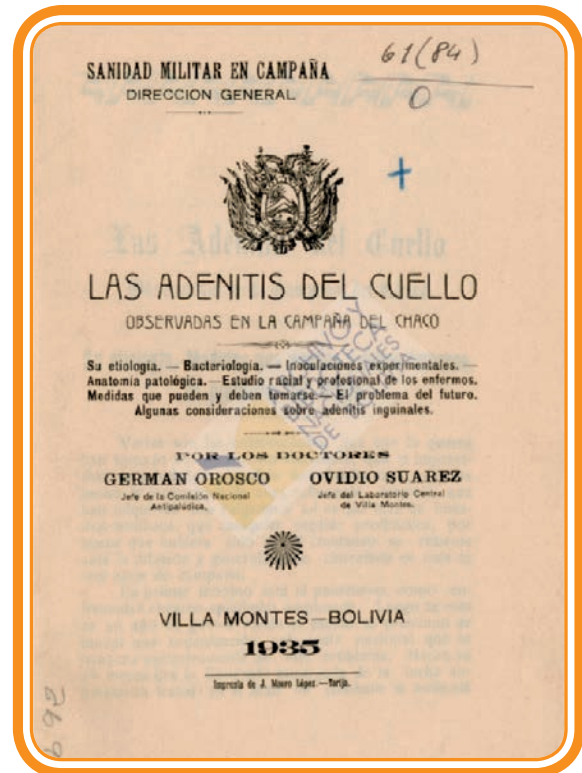
En el mes de **abril de 1930** organiza el Instituto Médico "Sucre" el Comité Ejecutivo del 1er. Congreso Nacional de Medicina, bajo la Presidencia del Dr. Manuel Cuellar, a reunirse en la ciudad de Sucre el **25 de Mayo de 1931**. Habiendo sido nombrado miembro de este Comité el Dr. Orosco. (9)

PARTICIPACIÓN EN LA GUERRA DEL CHACO.- El inicio de la Guerra del Chaco por la disputa del territorio del Gran Chaco Boreal entre los países de Bolivia y Paraguay, empezó con la ocupación de un fortín paraguayo por el Tenl. Oscar Moscoso y un grupo de soldados y oficiales bolivianos el **15 de junio de 1932**, donde se encontraba una gran laguna que la denominó "Laguna Chuquisaca". La laguna había sido descubierta un año antes por los paraguayos y la denominaron "Pitiantuta". El Comando del ejército paraguayo fracasó en un primer combate para recuperar la Laguna, pero en una segunda incursión la laguna fue rescatada por los paraguayos. (10)

Cuando el gobierno de Bolivia declaró la movilización de todos los hombres hábiles en defensa de la Patria, los médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeras y la juventud de Chuquisaca, ofrecieron sus servicios a la Patria en forma incondicional.

Muchos fueron los médicos de Sucre que marcharon a la Guerra del Chaco, que participaron como combatientes de primera línea, o en los campamentos u hospitales de la sanidad.

Orosco permaneció más de **dos años** en la dirección del Hospital Antipalúdico de Tarija al servicio de la Lucha Antimalárica del Ejército en campaña durante la guerra del Chaco. "El paludismo era una enfermedad dominante durante todo el tiempo que abarcó la guerra".



En el tratamiento de la enfermedad fueron usadas todas las sales de quinina conocidas y entregadas a la sanidad, "siguiendo los métodos continuos y discontinuos, las vías oral y hipodérmica" de acuerdo a la respuesta para cada paciente. Dentro de ellas menciona a la Totaquina, Quinifer, Diemenal, Quinoplasmina, todos ellos con resultados variables, pero finalmente el advenimiento de los preparados de Plasmolina y Atebrina encontraron los resultados buscados en el tratamiento del paludismo. (9)

En el **año de 1935**, terminada la Guerra del Chaco, sale una publicación en un folleto de la Sanidad Militar en Campaña, un estudio de investigación por los Doctores Germán Orosco, Jefe de la Comisión Nacional Antipalúdica y Ovidio Suarez, Jefe del Laboratorio Central de Villamontes, una publicación sobre: "Las Adenitis del Cuello" observadas en la Campaña del Chaco", demostrando que el soldado boliviano procedente de la altura, del oriente boliviano y de otras regiones del país no solo fue a luchar y enfrentarse con el enemigo paraguayo en condiciones desventajosas, sino también contra una naturaleza hostil, el hambre y la fatiga, con enemigos ocultos como son las enfermedades

tropicales: el paludismo, las disenterías, la sífilis, la gonorrea y otros, enemigos, solapados, que le iban destruyendo las entrañas de los combatientes bolivianos. Como aquella que empezaba a afectar los ganglios cervicales que aumentaban de volumen, que en un momento se pensó y se designaron como "Adenopatías Tropicales", que aparecían en los soldados sobre todo en las líneas de combate a los dos años de su permanencia, pero cuando salían de las líneas de fuego para ser evacuados a los principales hospitales de campaña, como el de Villamontes, se veía, que mejoraban para luego ser reincorporarse a los campos de combates, donde seguía progresando inexorablemente la enfermedad en forma desfavorable, muchas veces hasta la muerte. Luego se demostró por la clínica, radiología y por bacteriología que se trataba del bacilo de Koch de la tuberculosis. Se llegaron a practicar 4 autopsias, y se encontró sobre todo en los pulmones lesiones cavitarias, caseosas, nódulos y granulaciones típicas de la patología pulmonar. Así se demostró que dadas las condiciones en que se luchaba en el Chaco eran lesiones adquiridas por contagio. Muestras representativas de los ganglios y de pulmones fijadas en formol al 10% se enviaron al Instituto de Anatomía Patológica de Buenos Aires donde se informó que las lesiones eran típicas de lesiones tuberculosas.

Este estudio científico en su publicación termina con una extensa comunicación sobre los mecanismos de infección, evolución y situaciones en las que se puede presentar. Advirtiendo que no todas las adenopatías son de origen tuberculoso, sino que especialmente las inguinales pueden corresponder a la sífilis, gonorrea, poroadenitis de Nicolás y Favre y las producidas por heridas.

Una vez más Orosco se encuentra con la tuberculosis, enfermedad que ha sido motivo de sus estudios y preocupaciones desde la elaboración de su Tesis de Doctorado. (12)

OTROS ARTICULOS PUBLICADOS POR EL DR. GERMÁN OROSCO P.- Al revisar los artículos publicados en la Revista del Instituto Médico "Sucre", se deduce que Osorio ha sido un estudioso e investigador incansable, no solamente de los problemas médicos, sino también un sociólogo con profunda vivencia de la problemática social de nuestro país así demuestra que es un analista consumado.

Al margen de los que nos ocupamos arriba, mencionaremos en orden de su aparición a los siguientes artículos publicados de carácter médico y social:

"EL CANCER DE LAS VIAS BILIARES" – Es una lección clínica que plantea el diagnóstico diferencial en un paciente con ictericia y caquexia y su relación con los hallazgos post-mortem.

"EL CONCEPTO MODERNO DE LAS NEUMOCONIOSIS".- "El Mal de Minas" Dedicado a los médicos y trabajadores de las minas en Bolivia. Un estudio patogénico por la inhalación y fijación en los pulmones de los diversos polvos que producen la enfermedad.

"HOMENAJE AL MAESTRO NICOLAS ORTIZ".- Homenaje póstumo. (La Paz 1936)

PROTECCIÓN DE LA INFANCIA ABANDONADA".- Tema social en Bolivia, que debe empezar con la protección de la madre y el niño. Expresa soluciones y consejos.

"EL CUIDADO DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR".- Continuación del anterior, es una llamada de atención a los padres, a los maestros, médicos e instituciones gubernamentales a velar por los derechos, salud y educación de los niños en general.

"LA CONSAGRACIÓN DE UN MAESTRO DEL SABER".- Exaltación a la vida y obra, del médico, maestro, poeta y escritor Dr. Jaime Mendoza.

"DELINCUENCIA INFANTIL".- Tema de carácter jurídico-social a consecuencia del abandono de los hijos por sus padres, la pobreza, la falta de educación, etc.

"EL PROBLEMA DE LA ALIMENTACION EN BOLIVIA".- Analiza el estado de la alimentación de los habitantes

de Bolivia en sus diversos estratos sociales. Acusa a las autoridades: "nuestro pueblo está enfermo y se muere de desnutrición".

"COSAS DE LA ALTURA".- Consideramos que es uno de los primeros artículos publicados sobre en "Mal de Montañas" y la "Enfermedad Aguda de la Altura" en Bolivia. Es un extenso artículo que abarca todos los aspectos relacionados con la enfermedad, mecánica respiratoria del aire, capacidad vital, leyes de los gases, etc.). (13).

"IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN".- Observaciones de la alimentación en la Guerra del Chaco" (14)

"PROBLEMAS MÉDICO-SOCIALES DEL MINERO" Un estudio social-político entre las clases privilegiadas del país y la clase trabajadora. (15)

Estos dos últimos artículos están publicados en la "Revista Militar" del Ejército de Bolivia de la ciudad de La Paz.

EL FINAL EN SUSPENSO.- El Dr. Germán Orosco permanece aproximadamente 5 años en Sucre y Bolivia, indudablemente dedicado a la práctica de la patología, a la docencia en la Facultad de Medicina y al trabajo hospitalario como apoyo, muchas veces imprescindible, para llegar al diagnóstico y tratamiento de los enfermos del hospital o la sociedad, dejando huellas indelebles que nos han permitido seguir parte de su vida.

Se lo observa como un permanente estudioso e investigador en el campo de la medicina, comunicando las novedades que aparecían en el campo de la medicina, y asimismo, transmitiendo sus experiencias dentro de la práctica diaria, ya sea mediante conferencias, la publicación en revistas médicas de su trabajo y experiencia. Pero, no solamente incursiona el campo médico sino también los problemas sociales de la forma vida y la alimentación de los habitantes de nuestra tierra correlacionando con lo que ocurre en otras latitudes censurando a los gobiernos por la falta de atención a la solución a estos problemas. Por otra parte, no es ajeno al reconocimiento de exaltar la personalidad y la obra de sus maestros que inculcaron nobles ideales.

Probablemente no han salido al conocimiento público los informes patológicos que pudo haber diagnosticado y que le llamaron la atención propiamente dentro la práctica de laboratorio y los hallazgos post-mortem.

Finalmente, después de terminada la Guerra del Chaco "trabajó para la Sanidad Militar durante más de dos años, organizando los servicios del Hospital Militar N° 8 y luego de ser ascendido al grado de Teniente Coronel de Sanidad; condecorado con la Medalla de Guerra y la Orden al Mérito Militar en el grado de Caballero. En 1939 fue declarado en comisión por el gobierno, para

realizar estudios de medicina aeronáutica en Argentina y aquí terminan las "huellas" del médico-patólogo y quedan escasos "rastros" para seguir este ilustre médico, especialmente de sus actividades profesionales que desarrolló en la República Argentina.

R E F E R E N C I A S BIBLIOGRÁFICAS

1. Orosco P, G.- "Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar". Tesis de Grado.- Mayo de 1926. Sucre-Bolivia.
2. Orosco P., G.- "Como se hace el estudio de la Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Buenos Aires". Rev. De la Universidad de Chuquisaca. Año I.-N° 3. Octubre de 1927. Pág. 117. Sucre-Bolivia.
3. Orosco P. G.- "Schwanoma del Nervio Auditivo". Revista de la Universidad de Chuquisaca. Año II. Marzo 1928. N° 4-68.
4. Correspondencia de Medicina. 1920-1929. C.D.H.U.
5. Revista de la Universidad de Chuquisaca". Año III. Sucre, mayo-agosto de 1929, N° 7-8.
6. Orosco P. G.- "El Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Sucre". Revista del Instituto Médico "Sucre". 58:1931,77-81.

7. Comunicación del Dr. Daniel Llanos. Director del Instituto de Anatomía Patológica.
8. Orosco P., G.- "El Cáncer en el momento actual". Revista del Instituto Médico "Sucre". 56: 53-62. 1930.
9. Correspondencia del Instituto Médico "Sucre". 1930.
10. "La Guerra del Chaco 1932-1935". Historia Fotográfica. Casa de la Libertad. Enero 2008. Sucre-Bolivia.
11. Orosco P., G.- "El tratamiento del paludismo".- Revista del Instituto Médico "Sucre". 64:1937-6-12.
12. Orosco P. G. y Suarez Ovidio.- "Las Adenitis del Cuello Observados en la Campaña del Chaco". Villamontes-Bolivia. 1935.
13. Revistas del Instituto Médico "Sucre".
14. Orosco P., G.- (Cirujano del Comando en Jefe).- "Importancia de la alimentación".- Revista Militar del Ejército. Época VII-Año II- Nos. 19 y 20. Julio-Agosto 1938. La Paz.
15. Orosco P., G. (Ex Oficial de la Sanidad Militar del Ejército) "Problemas Médico-Sociales del Minero".- Época VII-Año IX- Nos. 89-90-91. 1945. La Paz.

In Memoriam

Dr. JORGE ALBERTO SERRANO MERCADO

Buenos Aires 1936 – Cochabamba 2015



Dr. Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

El prestigioso Socio Correspondiente, Dr. Jorge Serrano Mercado ha dejado de existir, luego de seguir aportando a la vida, con su trabajo en la Educación Superior. Especialista en Psiquiatría, tuvo una formación de alto nivel en países de Europa frecuentado las ciudades de Lovaina, y Bruselas, donde pudo lograr toda su experiencia profesional. Como médico psiquiatra de niños, trabajando en Centros de Salud Mental y Clínicas especializadas, asimismo perteneció a varias instituciones médicas durante muchos años, que le ha valido el reconocimiento de profesor emérito de la Universidad Católica de Lovaina.

Durante su estadía en nuestro país desempeño labores en el Psiquiátrico Nacional Gregorio Pacheco, también como docente en psiquiatría en la Facultad de Medicina de Sucre, fué Director Académico de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Andina, también colaboró en la difusión científica de varias instituciones y comités de publicaciones en Francia, Bruselas, Argentina y Brasil.

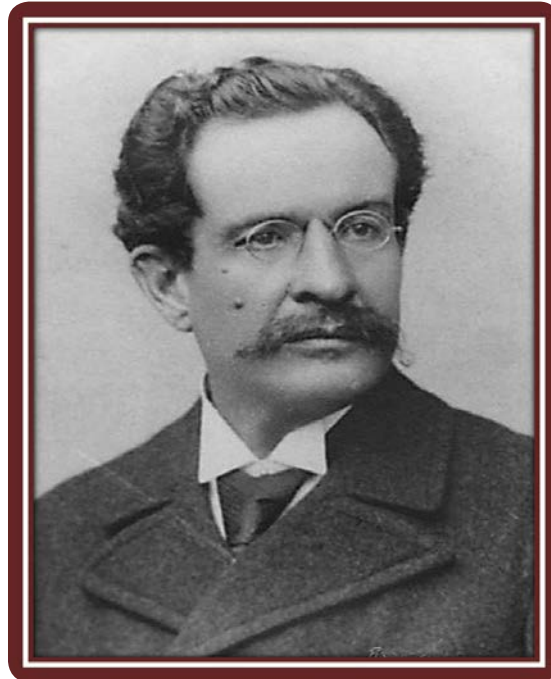
El año 2004 fue admitido como nuevo miembro en el Instituto Médico en calidad de Socio Correspondiente, participando en las actividades de la institución desde la ciudad de Cochabamba, colaborando con temas científicos, ciudad en la cual se produjo el lamentable fallecimiento.

El Instituto Médico Sucre, se solidariza con la familia en estos momentos de congoja y expresa nuestra sentida condolencia

Centenarios

Gerardo Vaca Guzman Moyano

Murió en Tarija - Bolivia, en 1915



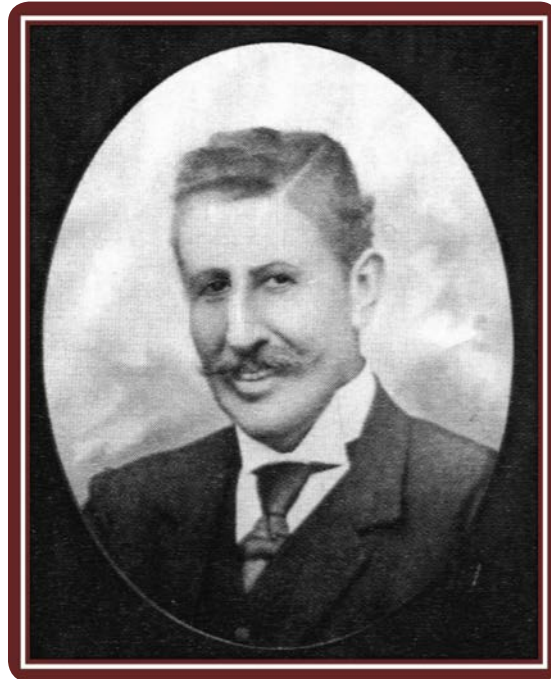
Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

Con motivo de conmemorar el centenario de su fallecimiento, las páginas de la revista del Instituto Médico "Sucre", evoca al ilustre patricio chuquisaqueño Dr. Gerardo Vaca Guzmán Moyano.

Fue uno de los fundadores del Instituto Médico "Sucre", pionero de la Oftalmología en Bolivia, en 1872 obtuvo el título de Médico Cirujano en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, fue profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina, Decano de la Facultad y Rector interino de la Universidad, Presidente del Tribunal Médico, Cirujano Mayor del ejército, Munícipe de Sucre, Cónsul de la Republica Argentina en Sucre, Médico del Hospital Santa Bárbara, realizó estudios de especialización en oftalmología en Santiago de Chile, Lima y Buenos Aires.

Publicó su libro titulado "Compendio de la química animal". Un kínder de la ciudad de Sucre lleva su nombre. Falleció a los 65 años en la ciudad de Tarija el 17 de agosto de 1915.

Marcelino T. Martinez
Murió en Sucre - Bolivia en 1915



Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

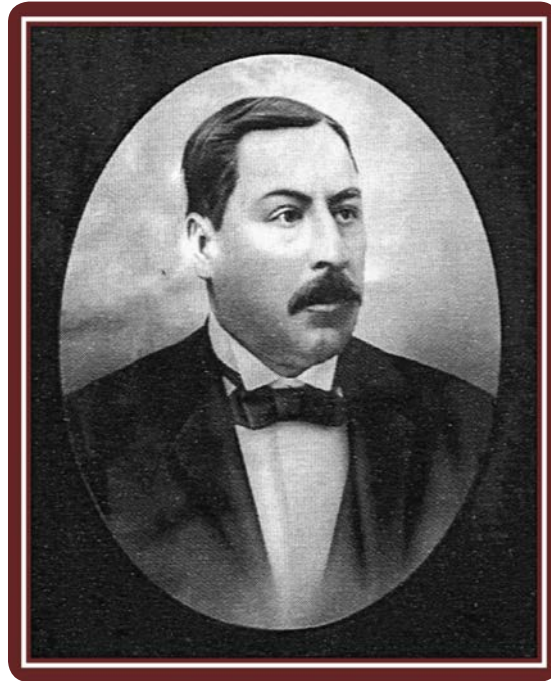
Con motivo de conmemorar el centenario de su fallecimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", rememora la figura del Dr. Marcelino T. Martínez.

Fue un destacado médico, por su sólida formación académica, se tituló en 1873 como Médico Cirujano, fue médico internista del Hospital Santa Bárbara y profesor de Patología Clínica en la Facultad de Medicina.

Concurrió a la guerra del Pacífico y participó en la batalla del Alto de la Alianza, como médico del servicio de ambulancia. Cuando se presentó la epidemia de fiebre amarilla en la provincia de Azero de Chuquisaca formó la brigada sanitaria para combatir este flagelo. Fue miembro activo del Instituto Médico "Sucre".

Falleció a los 65 años, en la ciudad de Sucre el 27 de diciembre de 1915, luego de haber sufrido una larga enfermedad.

Demetrio Gutierrez
Murió en La Paz-Bolivia en 1915



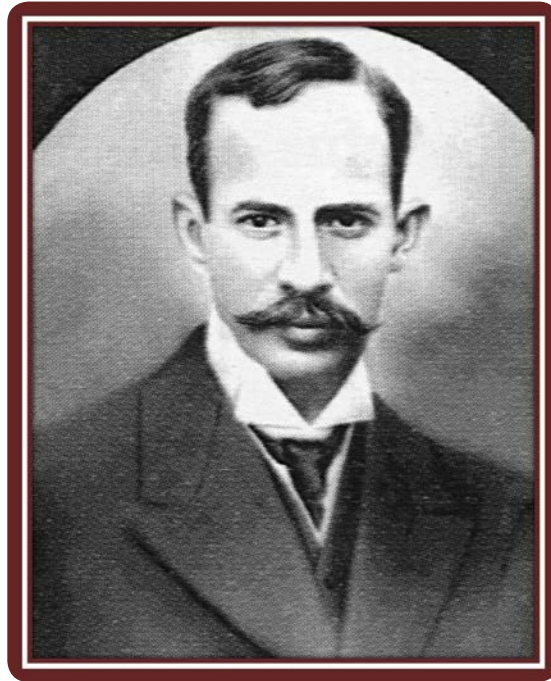
Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

Con motivo de conmemorar el centenario de su fallecimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", rinde un respetuoso homenaje a la memoria del Dr. Demetrio Gutiérrez.

Estudio medicina en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, donde se tituló de Médico en 1863, fue médico del Hospital Santa Bárbara durante 20 años, profesor de Clínica de Patología General en la Facultad de Medicina, Vocal del Tribunal Médico, fue elegido Diputado Nacional por la provincia de Cinti de Chuquisaca, miembro activo de Instituto Médico "Sucre".

Falleció en la ciudad de La Paz, el 3 de septiembre de 1915 a la edad de 75 años.

Fidel Maria Torricos
Murió en Sucre - Bolivia en 1915



Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

Con motivo de conmemorar el centenario de su fallecimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", rinde el póstumo homenaje al distinguido Dr. Fidel María Torricos.

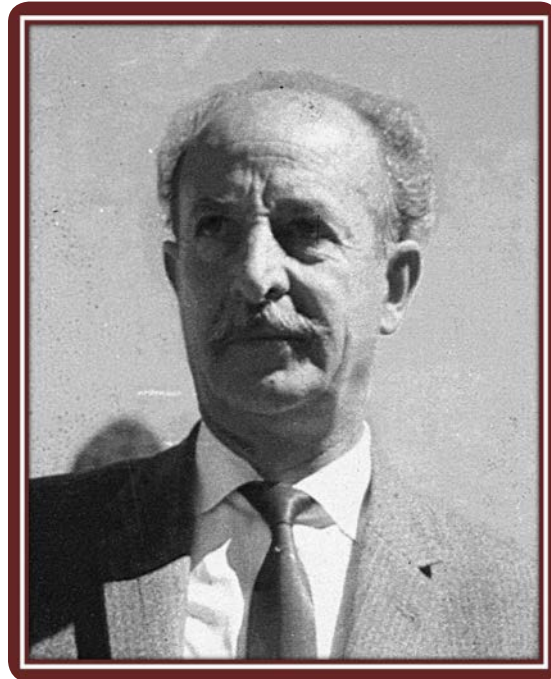
Recibió los títulos de doctor en Ciencias Políticas y Sociales en 1887, y de doctor en Medicina Cirugía y Farmacia en 1898, fue Secretario del Banco Nacional de Bolivia, profesor de Anatomía, Medicina Legal y Toxicología en la Facultad de Medicina, miembro del Tribunal Médico, Miembro activo y tesorero del Instituto Médico "Sucre", miembro de la Sociedad Antropológica y de la Sociedad Geográfica de Sucre, Director y propietario de la revista de "Medicina, Cirugía y Farmacia", corresponsal de la "Semana Médica" de Buenos Aires.

Falleció en ciudad de Sucre víctima de un accidente el 29 de julio de 1915, aproximadamente a los 50 años de edad.

Centenarios

Fidel Torricos Cors

Nació en Sucre-Bolivia en 1915



Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

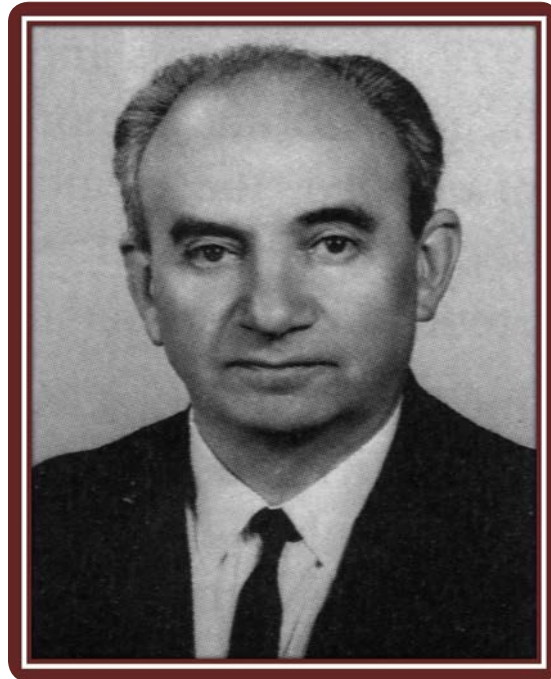
Con motivo de conmemorar el centenario de su nacimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", rememora al ilustre profesional Dr. Fidel Torricos Cors.

Nació en la ciudad de Sucre el 31 de diciembre de 1915, estudio en su ciudad natal y realiza estudios superiores en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, donde obtiene el título de Doctor en "Laboratorio y Farmacia". Durante 40 años fue profesor de Botánica medica en las Facultades de Medicina y de Farmacia. Fue condecorado con la "Orden de Salud" en el Grado de Caballero por el Ministerio de Salud, Miembro activo y tesorero por 20 años del Instituto Médico "Sucre".

Fue un hombre polifacético y virtuoso en la ejecución del piano, habiendo interpretado la música boliviana de los mejores maestros nacionales e internacionales, plasmando en discos para el deleite de los bolivianos. Habiendo merecido los siguientes reconocimientos; "Diploma al Mérito Cultural" por parte del Ministerio de Desarrollo Humano. La alcaldía de Sucre concedió el "Escudo de Oro", Condecoración "Juana Azurduy de Padilla" en el "Grado Palma de Oro", la Alcaldía de La paz le impuso la "Medalla de Oro" y el Gobernador de la Provincia de Salta-Argentina le concedió el "Escudo de Salta", la empresa discográfica "Discolandia" entregó el "Disco de Platino". Falleció en el año 2002.

Luis Sauma Karam

Nació en Sucre-Bolivia en 1915



Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

Con motivo de conmemorar el centenario de su nacimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", recuerda la figura del destacado profesional Dr. Luis Sauma Karam.

Nació en la ciudad de Sucre el 3 de noviembre de 1915, obtuvo el título de Doctor en Medicina en la Universidad de Chile en 1941, posteriormente se especializó en Urología en el "Hospital del Salvador", fue médico del Hospital Santa Bárbara donde desempeñó las funciones de Jefe del Servicio de Urología durante 33 años, luego fue Director del Hospital "Santa Bárbara" y del Hospital "Jaime Mendoza".

Profesor de Urología durante 33 años en la Facultad de Medicina y Decano de la misma Facultad, Rector de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Miembro activo y Presidente del Instituto Médico "Sucre"

El Colegio Médico de Bolivia reconoció como "Maestro de la Medicina Boliviana" y por su parte la Sociedad de Urología como "Maestro de la Urología". El gobierno de Bolivia otorgó la condecoración de la "Orden de la Salud", en el grado de "Gran Oficial". Fallece en 1990.

Romelio Subieta Rosemblut
Nació en Potosí-Bolivia en 1915



Dr Pedro Ledezma M.
Socio Activo
Instituto Médico Sucre

Con motivo de conmemorar el centenario de su nacimiento, las páginas del Instituto Médico "Sucre", brinda el homenaje al destacado profesional Dr. Romelio Subieta Rosemblut.

Nació en la ciudad de Potosí en 1915 y luego de su bachillerato, se trasladó a la ciudad de Sucre para estudiar medicina en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca donde obtuvo el título de doctor en Medicina y Cirugía, en los primeros años de profesional, atendió a los pacientes con tuberculosis en la ciudad de Potosí, posteriormente volvió a Sucre para ingresar como profesor de la Facultad de Medicina.

Viajo a Montevideo-Uruguay para realizar estudios de especialidad en Tisiología y Terapéutica.

Fue médico y Jefe de clínica Tisiológica del Hospital "Santa Bárbara", Socio de Numero del Ateneo de Medicina y Miembro activo del Instituto Médico "Sucre", formo parte de la "Brigada Sanitaria Chuquisaqueña" para asistir en la lucha antituberculosa en la Villa Imperial de Potosí. Falleció en 1985.

Crónicas

FALLECIMIENTO

En la ciudad de Cochabamba el 24 de octubre de presente año fallece el Dr. Jorge Alberto Serrano Mercado, consocio de nuestra institución, desde estas páginas expresamos nuestra sentida condolencia a la familia de nuestro malogrado colega.

ACTIVIDAD CIENTIFICA

Según la programación de la Comisión de Educación Continua se procedió a las exposiciones científicas de los siguientes socios:

Disertante: Dr. Marcelo Sandi Vargas

TEMA.- Cirugía de reconstrucción autológica del tracto gastro intestinal

Disertante: Dra. Fabiola Ramallo de Herrera

TEMA.- Manifestaciones cutáneas en patologías endocrinológicas

Disertante: Dr. Carlos Pacheco Tapia

TEMA.- Planificación familiar, historia y estado actual

Disertante: Dra. María Eugenia López de Vidaurre

TEMA.- Voces del estigma de la esquizofrenia

Disertante: Lic. Scarley Martínez Pérez

TEMA.- Tendencia de padecimiento de déficit cognitivo en adultos mayores de Sucre

ACTIVIDAD A LA
COMUNIDAD

Como cada año bajo convocatoria de la Comisión de Museos de la ciudad de Sucre, se establece el 16 de octubre la "NOCHE DE MUSEOS", y el día 14 del mismo mes, se realiza la presentación oficial en la Casa de la Libertad, el IMS abre sus puertas, dejando sea visitado las salas expresamente preparadas para exponer los museos de: Anatomía, Mineralogía, Paleontología y en forma especial se instaló todo el equipo de Rayos X que el Instituto Médico posea como reliquia, debido a que es el primer aparato instalado en Bolivia en 1906, enviado desde Europa por encargo espacial del IMS, siendo la novedad, los visitantes en la noche de museos, fueron gratamente atendidos. También se expuso todos los números de la centenaria Revista del Instituto que desde 1894 a la fecha, se viene editando en forma regular cada año.



Instituto Médico Sucre en la presentación oficial de la "Noche de Museos" Casa de la Libertad

DONACIONES

El Dr. Eduardo Osorio B. a su retorno a la ciudad de Sucre, se puso en contacto con el IMS como antiguo socio, dono 100 volúmenes de libros de medicina en la especialidad de urología, engrandeciendo nuestra centenaria Biblioteca, el IMS agradece al distinguido colega por su colaboración.

HOMENAJES

El Colegio Médico Departamental de Chuquisaca como cada año, el 21 de septiembre realiza el homenaje al día del Médico, reconociendo a los colegas que cumplen Bodas de Plata y Bodas de Oro profesionales, en la oportunidad en vibrante felicitaciones fueron homenajeados los consocios Dr. Walter Medina Delgadillo, Dr. Enrique Azurduy Vacaflor, Dr. Freddy Echeverría Cueto, por los 50 años de vida profesional consagrados a la sociedad, distinguidos con memorables plaquetas. A nombre del Instituto Médico Sucre, expresamos nuestras congratulaciones a los estimados colegas homenajeados.



Dr. Enrique Azurduy, Dr. Henry Mendoza



Dr. Walter Medina, Dr. Franklin Morales

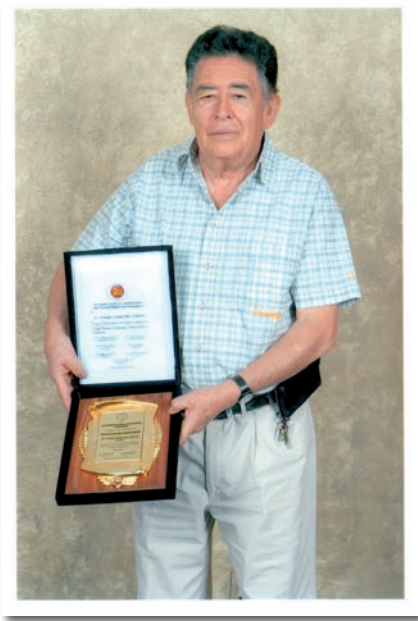


Dr. Freddy Echeverria, Dr. Henry Mendoza

La Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología , en la ciudad de Santa Cruz, en el mes de octubre del presente, otorga al consocio Dr. Freddy Magariños Iraola el nombramiento de “Maestro de la Ginecología y Obstetricia Boliviana”

En reconocimiento a su ardua impecable labor y trabajo ejemplar en el ejercicio de la especialidad.

El 8 de diciembre del 2015, el Comité de Ética y Deontología del Colegio Médico de Chuquisaca, otorga el reconocimiento por la distinción conferida por la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia , al Dr. Freddy Magariños Iraola.



Información a los autores

La Revista del Instituto Médico "Sucre"

Es el órgano oficial de esta sociedad, fundada el 3 de febrero de 1.895. En ella se publicarán los trabajos científicos leídos en el Instituto y cuanta información fuera pertinente relacionada con las ciencias médicas y con las actividades de la institución.

Los trabajos deben ser originales e inéditos, escritos en papel bond tamaño carta, en formato de texto electrónico, confeccionado en el programa Word. Debe enviarse el original incluida la iconografía a la siguiente dirección: Revista del Instituto Médico "Sucre", Casilla correo N° 82, Sucre - Bolivia.

El Comité Editorial tendrá plena autoridad para aceptar o rechazar cualquier trabajo enviado para su publicación en esta revista; todos los trabajos científicos publicados son propiedad de la revista y no podrán ser reeditados sin su autorización.

La responsabilidad científica y legal que pueda derivarse del contenido de un artículo será total y exclusiva de los autores respectivamente.

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los artículos sin previa autorización escrita del Instituto Médico "Sucre".

La Revista del Instituto Médico "Sucre"

Tendrá las siguientes secciones:

Carta Editorial:

Versará sobre temas informativos y comentarios relacionados con la medicina. Estará a cargo del Director o a quién él designará.

Artículos Originales:

Se publicarán trabajos que incluyan resultados en el área clínica o de investigación, reflejando aspectos del desarrollo de la medicina nacional. La extensión máxima del texto será de doce hojas tamaño carta. Si se envía por E-mail, el tamaño total ha de ser de 60 KB, excluyendo los gráficos.

Datos Clínicos:

Se refiere a la presentación de casos clínicos de experiencia personal, con estudios completos que puedan aportar algo en cuanto a diagnóstico o tratamiento. La extensión máxima del texto será de ocho hojas, se admitirán hasta tres figuras y tres tablas. Por E-mail; 40 KB, excluyendo los gráficos.

Trabajos de Revision:

Será encargado por el Director y/o el Comité Editorial a uno de los socios del Instituto con experiencia en un determinado tema.

Este lo resumirá extrayendo, a la luz de su experiencia, lo positivo y actual para nuestra realidad. Por E-mail, el tamaño permitido es de 40 KB, excluyendo gráficos

Misceláneas: Abarca diferentes tópicos de aspecto general vinculados con las actividades del Instituto Médico "Sucre".

Crónicas: Permitirá dar a conocer todas las actividades; tanto científicas como culturales, que se desarrollan en el seno de la institución. Se podrá incluir fotografías

Estructura: Tipo de Trabajo

- En la primera página del artículo deberá constar nombres y apellidos del autor o autores, centro de trabajo y ciudad. Si se desea hacer mención de los cargos que desempeñan los autores, se hará una referencia a pie de página.
- En los artículos originales y artículos de Fondo deben constar el Título en castellano e inglés. Resumen que no exceda de 200 palabras en castellano e inglés. Palabras Clave en castellano e inglés.
- Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía. En los Datos Clínicos debe constar: Introducción, Observaciones Clínicas. Comentarios. Resumen y Bibliografía

Detalle de Estructura

Introducción.- Debe ser breve y su regla básica es proporcionar sólo la explicación necesaria para comprender el tema del artículo.

Material y Métodos.- En él se indicarán el diseño del estudio del centro donde se realizó la investigación, duración de la misma, criterios generales de inclusión y exclusión, características poblaciones, técnicas utilizadas en detalle análisis estadísticos usados y de Software utilizado.

Resultados.- Estos datos pueden publicarse en formato texto acompañado de gráficos figuras y tablas. Relatan las observaciones efectuadas con el material y métodos empleados.

Discusión.- Se destacan aquí las opiniones de los autores sobre el tema. Se debe prestar especial atención a: significado y aplicación práctica de los resultados, las consideraciones de una posible inconsistencia de la metodología y razones por los cuales los resultados son válidos, relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo, indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

Resumen.- La extensión no deberá ser mayor de 200 palabras. Debe ser comprensible, representativo del trabajo sin necesidad de leer el mismo, redactado en términos concretos y desarrollando los puntos esenciales. En castellano e inglés.

Bibliografía.- Se ajustará a las normas internacionales. Se presentará en una hoja aparte en el mismo orden de aparición del texto y con un número correlativo que la identifique.

Las citas de los artículos de revistas comprenderán: apellidos e iniciales del autor o autores, título del trabajo en su lengua original, abreviatura de la revista según patrón internacional, número del volumen, primera página y año.

Cuando la cita procede de un libro, se citarán apellidos e iniciales de los autores, título en el idioma original, página, editorial, ciudad y año.

Como enviar la información

Por E-mail: a la siguiente dirección: inmedsuc@yahoo.com

Requisito indispensable:

El envío de artículos debe estar acompañado de un disco compacto, puede enviarse en formato HTML: DOC: TXT o ZIP para ser descomprimido.

Las imágenes en formato JPG; TIFF (Se las puede mandar comprimidas en formato ZIP (se puede obtener gratuitamente WINZIP en <http://www.winzip.com>)

Por servicio courrier o correo común: Revista del Instituto Médico "Sucre". Casilla N° 82. Calle San Alberto N° 30. Sucre - Bolivia

La presente edición se terminó de imprimir
en el mes de septiembre de 2016
en Imprenta Rayo del Sur • Calle Colón N° 107
• Tel/Fax: 4-6428699 • Sucre - Bolivia